

OULUN YLIOPISTO

Humanistinen tiedekunta

Informaatiotutkimus

Silja Lahdenperä

AVUN HAKEMISEEN JOHTAVA TIEDONHANKINTA

Tutkimus opiskelijoiden hakeutumisesta mielenterveyspalvelujen piiriin

Informaatiotutkimuksen

pro gradu -tutkielma

Oulu 2021

Silja Lahdenperä

TIIVISTELMÄ

Pro gradu -tutkielma, toukokuu 2021, 69 sivua + 3 liitettä

Oulun yliopisto, Humanistinen tiedekunta, Informaatiotutkimus

AVUN HAKEMISEEN JOHTAVA TIEDONHANKINTA : Tutkimus opiskelijoiden hakeutumisesta mielenterveyspalvelujen piiriin

Mielenterveyden häiriöt ovat yleinen ja tilastojen mukaan paheneva ongelma korkeakouluopiskelijoiden elämässä. Tämä pro gradu -tutkielma pyrkii selvittämään, minkälaista tiedonhankintakäyttäytymistä opiskelijoilla ilmenee mielenterveyteen liittyvän avun hakemisen tilanteessa ja sitä edeltävänä aikana. Tutkimuksessa selvitetään erityisesti avun hakemiseen liittyviä tiedonlähteitä, tiedon hankinnan esteitä ja tiedon välttelyä.

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Apuna käytettiin kriittisten tapahtumien menetelmää. Sen avulla yritettiin tunnistaa ne yksittäiset tapahtumat, jotka johtivat avun hakemiseen. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen keskeisenä teoriana oli välttelyn kierteen malli (Biddle, Donovan, Sharp & Gunnell 2007), joka kuvaa nuorten aikuisten mielenterveyteen liittyvää avun hakemista ja sen välttelyä. Mallia käytettiin haastattelussa aineistonkeruun apuna.

Tulokset osoittivat, että opiskelijat hakeutuvat avun piiriin odotettua nopeammin ja itseohjautuvammin, jos apua vain on helposti saatavilla. Avun hakemista edeltää lyhyt ajanjakso, jolloin tietoa hankitaan ystäviltä ja internetistä. Muuten mielenterveysaiheista tietoa saadaan lähinnä passiivisesti havainnoimalla, esimerkiksi sosiaalisen median uutisvirrasta. Avun hakemiseen johtavia kriittisiä tapahtumia tunnistettiin useita ja niistä saatiin muodostettua viisi kategoriaa. Kategoriat ovat: omien oireiden tunnistaminen, toisen ihmisen väliintulo, muut terveysongelmat, traumaattiset kokemukset ja suunnitelmallinen avun hakeminen.

Tulokset tukevat aikaisempaa tutkimusta tiedonlähteiden osalta. Stigman vaikutus avun hakemiseen oli sen sijaan odotettua vähäisempi. Suurimpia syitä avun hakemisen lykkäämiselle olivat epätietoisuus, voimattomuus ja resurssien puute.

Asiasanat: mielenterveys, avun hakeminen, tiedonhankinta, kriittiset tapahtumat

Sisällys

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	5
1.1 Keskeiset käsitteet	6
1.2 Tutkimuskysymykset.....	7
1.3 Tutkielman rakenne	8
2 MIELENTERVEYS OPISKELIJOIDEN ELÄMÄSSÄ.....	10
2.1 Masennus.....	11
2.2 Mielenterveyspalvelut yliopisto-opiskelijoille	12
3 MIELENTERVEYS TIEDONHANKINTATUTKIMUKSEN NÄKÖKULMASTA 14	
3.1 Informaatiokäyttäytyminen ja informaatiokäytännöt	14
3.2 Arkielämän tiedonhankinta.....	18
3.3 Terveystiedonhankinta.....	20
3.4 Aiempi tutkimus mielenterveyspalveluihin hakeutumisesta	21
3.4.1 Stigma.....	23
3.4.2 Tiedon välttely ja välttelyn kierteen malli	24
3.5 Yhteenveto.....	26
4 TUTKIMUSMENTELMÄT JA –AINEISTOT	28
4.1 Laadullinen tutkimus	28
4.2 Teemahaastattelu	29
4.3 Kriittisten tapahtumien menetelmä (<i>Critical Incidents Technique</i>)	31
4.4 Teoriaohjaava sisällönanalyysi.....	32
4.5 Tutkimuksen empiirinen toteutus	33
5 TULOKSET	37
5.1 Vastaajien taustatiedot.....	37
5.2 Pohjatiedot mielenterveysasioista.....	40
5.3 Tiedonlähteet	42
5.4 Tiedonhankinnan ja avun hakemisen esteet	46
5.5 Mielenterveyttä koskevan tiedon välttely.....	49
5.6 Avun hakemiseen johtavat kriittiset tapahtumat	50
5.7 Välttelyn kierre	53
6 POHDINTA.....	58
6.1 Tutkimustuloksia koskeva pohdinta	58
6.2 Tutkimusmenetelmiä koskeva pohdinta	60
6.3 Toimenpidesuositukset ja jatkotutkimuksen aiheet.....	62

LÄHTEET	63
---------------	----

LIITTEET	70
----------------	----

Liite 1. Haastattelukutsu

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Haastattelurunko

1 JOHDANTO

Mielenterveys on noussut julkiseen keskusteluun viime vuosina. Huoli on kohdistunut erityisesti opiskelijoiden korkeaan riskiin ylikuormittua ja sairastua mielenterveyden häiriöihin. Mielenterveyden häiriöt ovat yksi yleisimpiä ja haitallisimpia ongelmia yliopisto-opiskelijoiden elämässä. Korkeakouluopiskelijat ovat siinä iässä, jossa monet mielenterveyden häiriöt puhkeavat. Esimerkiksi masennus on suurin syy opiskelijoiden työkyvyttömyyseläkkeisiin. Masennus on kuitenkin helppo tunnistaa ja siihen on tarjolla hyviä hoitomenetelmiä (Haarala 2010, 9). On siis tärkeää panostaa hoidon saavutettavuuteen.

Masennus on kansantauti, jolla on suuret kustannukset yhteiskunnalle sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden muodossa. Puolen vuoden pituiselta sairauslomalta palaa töihin 50 % ja vuoden mittaiselta enää 10 % masentuneista. (Haarala 2010, 10.) Mielenterveys oli tärkeä vaaliteema kevään 2019 eduskunta- ja eurovaaleissa sekä myös kevään 2021 kuntavaaleissa (Mielenterveyspooli 2021).

Huoli mielenterveyspalvelujen riittävydestä on näkynyt myös kansalaistoimintana. Kansalaisaloite (2019) terapiatakuun puolesta keräsi tarvittavat allekirjoitukset ja eteni eduskunnan käsittelyyn. Eduskunnan lähetekeskustelussa aloite sai kannatusta yli puoluerajojen (Mielenterveyspooli 2020). Keväällä 2021 Helsingin kaupunki ilmoitti hiljattain ottavansa terapiatakuun ensimmäisenä kuntana käyttöön (Bäckgren 2021). Hallituksen huhtikuisessa kehysriihessä ei kuitenkaan saatu vielä päätöstä terapiatakuun toteutumisesta valtakunnallisesti (Sinisalo 2021).

Keväällä 2020 maailmanlaajuisesti levinnyt koronapandemia on vaikuttanut myös osaltaan ihmisten mielenterveyteen. Kuormittunut terveydenhuoltojärjestelmä, epävarma toimeentulo, pelko omasta ja läheisten terveydestä, sosiaalinen eristyminen ja ahdistavien uutisten jatkuva virta ovat auttaneet luomaan tilanteen, jossa YK on varoittanut maailmanlaajuisesta mielenterveyskriisistä (UN News 2020).

Suomessa mielenterveyspalvelujen käyttö on lisääntynyt, mutta palvelujen saatavuudessa on ongelmia ja alueellisia eroja (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 45). Ajankohtaisena ja tilastojen mukaan pahenevana ongelmana (Saari & Villa 2017,

122), mielenterveys on tärkeä ja antoisa tutkimuskohde myös informaatiotutkimuksen alalle.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan opiskelijoiden mielenterveysaiheista informaatiokäyttäytymistä ja erityisesti avun hakemista edeltävää tiedonhankintaa. Tutkimuksella pyritään lisäämään tietämystä siitä, millaisia tiedonlähteitä avun hakemista edeltävänä aikana käytetään, millaisia esteitä avun hakemiselle on, sekä sitä minkälaista välttelyä avun hakemiseen mahdollisesti liittyy. Tutkimuskysymykset esitellään luvussa 1.2.

Aineistonkeräyksessä käytettiin hyväksi kriittisten tapahtumien menetelmää. Menetelmällä pyritään tunnistamaan yksittäisiä tapahtumia, joilla on ollut keskeinen rooli tutkitun toiminnan toteutumiseen. Aineistoa kerättiin verkkokyselyllä ja teemahaastattelulla. Haastattelun yhteydessä käytettiin apuna välttelyn kierteen mallia (Biddle ym. 2007, 988). Aineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin.

1.1 Keskeiset käsitteet

Tämän työn kirjallisuuskatsauksessa esitellään tutkimuksia avun hakemisesta ja hoitoon hakeutumisesta. Käsitteet ovat osittain päällekkäisiä, varsinkin mielenterveyden kontekstissa, mutta niillä on myös merkityseroja. Hoitoon hakeutuminen viittaa konkreettisemmin terveydenhoidon piiriin hakeutumiseen, kun taas avun hakeminen voi kohdistua myös muihin kuin terveydenhoitoa tarjoaviin tahoihin, kuten opintoneuvojalle. Haettava apu voi olla myös ei-ammattillista apua, kuten vertaistukea tai läheisten tarjoamaa apua. Aihetta koskeva tutkimus tutkii kuitenkin pääasiassa terveyteen liittyvää avun hakemista, joka kohdistuu tietyn vaivan tai sairauden hoitoon (WHO 2007). Tässä tutkimuksessa käsitellään useita avun hakemisen syitä, mutta niistä keskeisin on mielenterveyden oireilu, erityisesti masennus.

Kaikki kokevat joskus surua, ahdistusta ja alakuloisuutta. Toisinaan tähän olotilaan viitataan puhekielessä masennuksena. Tässä työssä masennuksella tarkoitetaan sairaustasoista, hoitoa vaativaa tilaa. On otettava kuitenkin huomioon, että mahdollisen masennuksen tunnistaminen ja avun hakeminen edellyttävät avunhakijalta jonkin verran itsediagnosointia. Tässä työssä tutkitaan nimenomaan avunhakemista edeltävää tilannetta.

Myös hoidon ja kuntoutumisen välillä on merkityseroja. Lääketieteellinen hoito tähtää sairauden poistamiseen, tai vähintään oireiden vähentämiseen ja kärsimyksen lievittämiseen. Kuntoutuminen sen sijaan korostaa sairastuneen ihmisen omaa aktiivista roolia. Se tähtää hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisääntymiseen ja omien voimavarojen löytämiseen. Kuntoutumisella pyritään myös ehkäisemään sairauden uusiutumista. Hoito ja kuntoutuminen voidaan aloittaa samanaikaisesti. Mielenterveyskuntoutuksessa tavoitellaan yleensä toipumista, joka tarkoittaa sitä, että ”kuntoutuja pystyy elämään omasta mielestään mahdollisimman tyydyttävää ja mielekästä elämää täysivaltaisena yhteiskunnan jäsenenä sairaudestaan huolimatta”. Tässä tutkimuksessa hoidon käsitteellä on viitattu myös sellaisiin palveluihin, kuten terapiaan, jotka voidaan määritellä myös kuntoutukseksi. (Vuorilehto ym. 2014, 126–129.)

Mielenterveysongelmiin saattaa liittyä häpeäleima eli stigma. Se juontuu tietämättömyydestä, ennakkoluuloista ja kielteisistä asenteista. Mielenterveysongelmista kärsivä saatetaan leimata poikkeavaksi ja sulkea yhteisön ulkopuolelle. Hän saattaa myös itse sisäistää mielenterveysongelmien stigman ja kokea sen johdosta itsensä huonoksi ja arvottomaksi. Häpeällisestä aiheesta puhuminen on vaikeaa ja avun hakeminen voi viivästyä. Stigma lisää mielenterveysongelmiin liittyvää syrjäytymisriskiä. (Vuorilehto ym. 2014, 16.)

Self-efficacy (Bandura 1977) on käsite, joka ilmenee sekä Wilsonin informaatiokäyttäytymisen mallissa (1999) että terveysuskomusmallissa (Janz & Becker 1984). Siitä on käytössä monenlaisia käännöksiä, kuten itseohjautuvuus ja minäpystyvyys, mutta tässä työssä käytetään käsitettä pystyvyyden tunne. Se viittaa henkilön kokemukseen, siitä että pystyy suoriutumaan vaadittavasta tehtävästä, esimerkiksi hakeutumaan terveyspalvelun piiriin.

1.2 Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa tutkitaan avun hakemista. Haastateltavia haettaessa ”apu” määriteltiin väljästi. Haastattelukutsussa (liite 1) annettiin esimerkkejä avun hakemisen kohteista, kuten omaopettaja, opintopsykologi ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS. Tekstissä mainittiin myös masennus. Haastateltavilta ei kuitenkaan edellytetty

mielenterveyden häiriöiden diagnooseja, vaan avun tarve määriteltiin väljemmin opiskeluvaikeuksien kautta.

Tutkimuksen tarkoitus on lisätä tietämystä opiskelijoiden mielenterveysaiheisesta tiedonhankinnasta. Tutkimuksessa haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä tiedonlähteitä opiskelijat käyttävät ennen mielenterveysongelmaan tarvittavan avun hakemista?
2. Mitä esteitä opiskelijoilla on mielenterveysongelmia koskevan avun hakemiselle?
3. Minkälaista mielenterveystiedon välttelyä opiskelijoilla ilmenee?
4. Mitkä ”kriittiset tapahtumat” (Flanagan 1954) johtavat avun hakemiseen?
5. Kuvaako ”välttelyn kierre” (Biddle ym. 2007, 988.) opiskelijoiden käyttäytymistä avun hakemisen tilanteessa?

1.3 Tutkielman rakenne

Tutkielma koostuu kuudesta luvusta. Ensimmäinen luku on johdanto. Toisessa luvussa perehdytään mielenterveyteen ja sen häiriöihin, erityisesti masennukseen, sekä korkeakouluopiskelijoiden mielenterveyspalveluihin. Kolmas luku käsittelee tiedonhankintatutkimusta. Luvussa esitellään informaatiokäyttäytymisen ja -käytäntöjen käsitteet, arkielämän tiedonhankinta ja sen yhtenä osa-alueena terveystiedonhankinta. Alaluvussa 3.4 tutustutaan aiempaan tutkimukseen mielenterveyspalveluihin hakeutumisesta. Stigmaa koskeva tutkimus löytyy omasta alaluvustaan 3.4.1 ja tässä tutkielmassa esitellylle tutkimukselle keskeinen välttelyn kierteen malli (Biddle ym 2007) esitellään alaluvussa 3.4.2. Luvun kolme lopussa on kirjallisuuskatsauksen yhteenveto.

Tutkimusmenetelmät ja -aineistot esitellään luvussa neljä. Ensimmäisessä alaluvussa 4.1 käsitellään laadullinen tutkimus menetelmäsuuntauksena. Aineistonkeruussa käytetyt menetelmät teemahaastattelu ja kriittisten tapahtumien menetelmä ovat omissa alaluvuissaan 4.2 ja 4.3. Teoriaohjaava sisällönanalyysi esitellään alaluvussa 4.4. Lopuksi käydään läpi tutkimuksen empiirinen toteutus kokonaisuudessaan.

Tutkimuksen tulokset löytyvät luvusta viisi. Luku on jaettu alalukuihin tutkimuskysymysten mukaan. Ensimmäisessä ja toisessa alaluvussa käsitellään kuitenkin ensin tutkimushenkilöiden taustatiedot ja haastateltavien pohjatiedot

mielenterveysasioista. Kuudes luku on pohdinta. Alaluvun 6.1 pohdinta koskee tutkimustuloksia ja alaluvun 6.2 tutkimusmenetelmiä. Alaluvussa 6.3 esitetään toimenpidesuositukset ja jatkotutkimuksen aiheet. Työhön sisältyy kolme liitettä. Liitteet ovat tutkimuksen haastattelukutsu, kutsun mukana ollut kyselylomake sekä haastatteluissa käytetty haastattelurunko.

2 MIELENTERVEYS OPISKELIJOIDEN ELÄMÄSSÄ

Maailman terveysjärjestö WHO:n (2018) julkaiseman määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen ymmärtää oman potentiaalinsa, sietää arkielämäänsä kuuluvaa stressiä, kykenee tuottamaan ja hedelmälliseen työskentelyyn, sekä pystyy antamaan oman panoksensa yhteisölleen. Nykyään käytetään myös käsitettä positiivinen mielenterveys. Sen mukaan mielenterveys on voimavara, jota jokaisella on eri määrä, myös niillä, jotka kärsivät mielenterveyden ongelmista. Mielenterveysongelmista kärsivä ihminen saattaa esimerkiksi kokea olevansa työkykyinen, mutta voimavarat eivät riitä arjen askareisiin tai sosiaalisen elämän ylläpitämiseen. Mielenterveys ei siis ole pelkkää sairauksien tai oireiden puuttumista. (Vuorilehto ym. 2014, 13–15.)

Mielenterveyden voimavaroja tarvitaan erilaisiin kehitystehtäviin jokaisessa elämänvaiheessa. Nuorilla aikuisilla näitä kehitystehtäviä ovat muun muassa lapsuuden kodista irtautuminen, parisuhteen löytäminen ja perheen perustaminen, ammatin hankinta ja työelämään siirtyminen sekä tulevaisuuteen liittyvien tavoitteiden ja mielikuvien vakiintuminen. Elämän varrella kohdataan myös mielenterveyttä kuormittavia asioita, kuten pettymyksiä, menetyksiä ja konflikteja. Pitkäaikaista kuormitusta voivat aiheuttaa esimerkiksi köyhyys ja fyysiset sairaudet. Kuormitus itsessään ei vielä riitä mielenterveyshäiriön muodostumiseen, vaan lisäksi tarvitaan synnynnäinen alttius. Vuorilehdon ja kumppaneiden (2014, 14, 105–106) mukaan: ”perimä, ympäristö, kulttuuri, elämäntapahtumat ja elintavat muodostavat altistavien ja suojaavien tekijöiden verkoston, jossa ne vaikuttavat monimutkaisella tavalla jatkuvasti toinen toisiinsa”.

Mielenterveyden häiriöt eli psyykkiset sairaudet ovat sairauksia siinä missä fyysiset sairaudetkin, ja ne eivät yleensä parane itsestään. Paranemisen kannalta on keskeistä, että häiriö tunnistetaan ja hoito käynnistetään mahdollisimman pian. Mielenterveyden häiriöille tyypillistä on komorbiditeetti, eli kahden tai useamman itsenäisen sairauden esiintyminen samanaikaisesti. Pitkittynyt mielenterveyshäiriö voi aiheuttaa ongelmia sosiaalisissa suhteissa, työssä ja opiskelussa, sekä tehdä suurta vahinkoa itsetunnolle. Vakavimmillaan sairaus voi viedä toimintakyvyn lähes kokonaan. Kun oireita on vain vähän ja ne eivät haittaa elämää kovin paljon, puhutaan yleensä kuormittumisesta tai oireilusta. (Vuorilehto ym. 2014, 105–111.)

Suomalaisista joka viides sairastaa jotain mielenterveyshäiriötä. Perimällä on usein vaikutusta mielenterveysongelmien syntyyn. Esimerkiksi vanhemman masennus kolminkertaistaa lapsen riskin sairastua masennukseen. Nuoret ja nuoret aikuiset kuuluvat ikäryhmään, jossa merkittävä osa pitkäkestoisista mielenterveyshäiriöistä puhkeaa. Siksi opiskelijaterveydenhuollolla on keskeinen rooli häiriön tunnistamisessa ja hoidon käynnistämisessä. (Haravuori, Muinonen, Kanste & Marttunen 2017, 3, Vuorilehto ym. 2014, 106.)

2.1 Masennus

Masennus on yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, joita nuoret ja nuoret aikuiset sairastavat. On arvioitu, että vuosittain 5–8 prosenttia nuorista sairastuu masennukseen, ja että jopa joka viidennes sairastaa masennusjakson ennen kuin täyttävät 21 vuotta. Naisten todennäköisyys sairastua masennukseen on kaksinkertainen miehiin verrattuna. (Haravuori, Muinonen, Kanste & Marttunen 2017, 71.)

Masennuksen eli depression oireita ovat laskenut mieliala, kiinnostuksen ja mielihyvän menettäminen ja voimattomuus. Lisäksi masentunut saattaa menettää itseluottamuksensa tai tuntea itsensä arvottomaksi. Syyllisyyden tunne, itsesyytökset, synkät ajatukset, toivottomuus ja itsetuhoinen käyttäytyminen kertovat masennuksesta. Unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutokset ovat myös yleisiä oireita. Toimintakyvyn madaltuessa masentuneen voi olla vaikeaa selviytyä arjen askareista. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 201–210.)

Masennus luokitellaan vaikeusasteeltaan lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin sekä psykoottisiin masennustiloihin. Luokitus tehdään oirekuvan perusteella. Masennusdiagnoosista voidaan puhua, kun riittävä määrä oireita on jatkunut vähintään kaksi viikkoa. Masennuksen tunnistamiseen käytetään yleensä erilaisia kysymyssarjoista muodostuvia testejä. Jo lievistä masennusoireista kärsivät voivat saada testissä korkeat pisteet. Kysymykset liittyvät monenlaiseen huonovointisuuteen, joten myös muut sairaudet ja vaivat voivat saada aikaan korkean pistemäärän. (Vuorilehto 2014, 142)

Usein masentunut saattaa viivyttää hoitoon hakeutumista pitkään, jopa vuosia. Lääkäriin saatetaan mennä fyysisten oireiden vuoksi ja samalla valitella alakuloa ja väsymystä.

Tällöin voi olla vaikeaa tunnistaa masennusoireita normaalista mielialan vaihtelusta. (Kuhanen ym. 2010, 201–204.)

Käypä hoito -suositus masennuksen hoitoon korostaa diagnostiikan merkitystä. Hoitoa suositellaan toteutettavan yleislääkärin, hoitajan ja psykiatrin yhteistyössä. Psykoterapia ja lääkehoito ovat suositeltavat hoitomuodot ja erityisen tehokkaat yhdessä. Spesifisten hoitomuotojen lisäksi hoitoon kuuluu elämäntilanteen tutkiminen ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen. Masennuksella on suuri uusiutumisvaara, joten suositellaan, että masennustilasta toipuneen potilaan seuranta jatketaan puolen vuoden ajan. Käypä hoito -suositukset ovat Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten yhdessä kehittämiä kansallisia hoitosuosituksia, jotka ovat riippumattomia ja perustuvat tutkimusnäyttöön. Niiden tarkoitus on tukea terveydenhuollon päätöksentekoa. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019a, 2019b.)

2.2 Mielenterveyspalvelut yliopisto-opiskelijoille

Vuonna 2016 tehdyn korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan yliopisto-opiskelijat käyttivät opiskeluterveydenhuollon tarjoamia psykologin palveluja kaksi kertaa yleisemmin kuin ammattikorkeakouluopiskelijat (yo 9%, amk 4%) ja silti muiden psykologipalvelujen käyttö oli molemmissa ryhmissä yhtä yleistä. Tutkimuksessa mainitut muut palvelut olivat terveyskeskus, opintopsykologi ja muu palvelun tarjoaja. Myös mielenterveyden ongelmien esiintyvyys oli yhtä yleistä molemmilla koulutussektoreilla. Opintopsykologien palveluja käyttäneitä oli 6-7% vastaajista molemmilla koulutussektoreilla. Aiempiin vastaaviin tutkimuksiin verrattuna mielenterveyden palveluja käyttäneiden osuus on kasvanut jatkuvasti. (Kunttu 2017, 42–43.)

Yliopisto-opiskelijat tuntevat opiskelijaterveydenhuollon palvelut hyvin. Terveystutkimuksen mukaan vain 2 % yliopisto-opiskelijoista ei ollut tietoisia palveluista, kun taas vastaava luku ammattikorkeakouluopiskelijoilla on 14% (Kunttu 2017, 44). Tutkijat toteavat:

”Vertailu yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden sekä miesten ja naisten välillä osoittaa sairauksien olevan kulttuurisidonnaisia ja liittyvän myös väestön terveystietoisuuteen sekä palvelujen saantiin. Herkästi palvelujen piiriin

hakeutuva ja itsestään huolehtiva opiskelija saa myös diagnoosin. Nämä seikat ovat ainakin osasyinä siihen, että yliopistojen naisopiskelijoilla on useissa sairausryhmissä eniten lääkärin toteamia sairauksia,...” (Kunttu 2017, 31.)

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö tarjoaa mielenterveysongelmiin kriisiapua, kiireellistä ja kiireetöntä hoitoa sekä verkkokursseja. Kiireellistä hoitoa luvataan tarjota 1–7 vuorokauden sisällä yhteydenotosta. Kiireetön hoito alkaa hoidontarpeen arvioinnilla. Neuvonta- ja tutkimusjakso koostuu 1–5 käynnistä, joiden aikana arvioidaan jatkohoidon tarve, käydään läpi hoitovaihtoehtoja ja tehdään suunnitelma hoidosta tai kuntoutuksesta. Tutkimusjakso sisältää käyntejä terveydenhoitajan, yleislääkärin, psykologin tai psykiatrin luona selvitystarpeen mukaan. Kriisiapu on tarkoitettu äkillisen, järkyttävän tapahtuman, kuten onnettomuuden tai läheisen kuoleman kohtaamiseen. Kriisiapua hakenut ohjataan mahdollisimman pian terveydenhuollon ammattilaisen luo keskustelemaan mahdollisesta tuen tarpeesta. (Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö 2019a, 2019b, 2019c & 2019d.)

YTHS tarjoaa myös verkkokursseja mielen hyvinvointiin. Maksuttomat kurssit kestävät 5-6 viikkoa ja keskittyvät opiskelijoille yleisiin ongelmiin, kuten jännitykseen ja sosiaalisten tilanteiden pelkoon, masennukseen, univaikeuksiin sekä stressiin. Lisäksi opiskelijoita ohjataan muiden mielenterveyden palveluja verkossa tarjoavien tahojen, kuten Mielenterveystalon ja Nyyti ry:n puoleen. (Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö 2019d & 2019e.)

Vuoden 2021 alusta astui voimaan uusi laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta. Muutoksen myötä ammattikorkeakoulujen opiskelijat pääsivät samojen palvelujen piiriin yliopistojen opiskelijoiden kanssa. Palveluita tuottaa edelleen YTHS ja palvelujen järjestämisestä vastaa Kansaneläkelaitos. Ennen muutosta ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuolto tapahtui kunnallisten terveystalujen kautta. Muutos korjasi korkeakouluopiskelijoiden eriarvoisen aseman. (Arene 2021.) Tämän tutkimuksen tuloksiin sillä ei kuitenkaan ole vaikutusta.

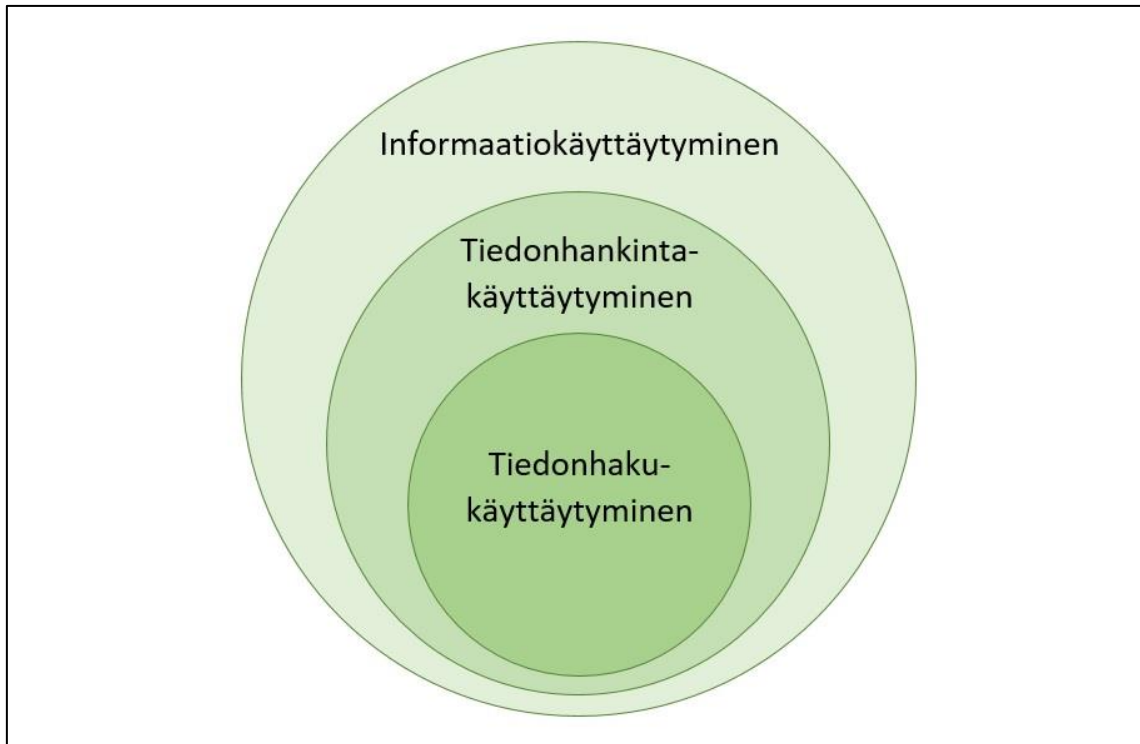
3 MIELENTERVEYS TIEDONHANKINTATUTKIMUKSEN NÄKÖKULMASTA

Tiedonhankintatutkimus on keskeinen osa informaatiotutkimusta. Siinä tutkimus kohdistuu tiedontarpeisiin, tiedonhankintaan ja tiedonkäyttöön. Merkittävä murros alalla tapahtui 1980-luvulla, kun tutkimuksessa siirryttiin tietojärjestelmäkeskeisestä tutkimuksesta käyttäjäkeskeiseen tutkimukseen. Perinteisessä tiedonhankintatutkimuksessa käytettiin paljon määrällisen tutkimuksen menetelmiä, kuten kyselylomakkeita. Kun tutkimuksessa kiinnostuttiin yksilön pään sisällä tapahtuvasta tiedonhankinnan prosessista, menetelmät muuttuivat laadullisiin. (Haasio & Savolainen 2004, 56–59.)

3.1 Informaatiokäyttäytyminen ja informaatiokäytännöt

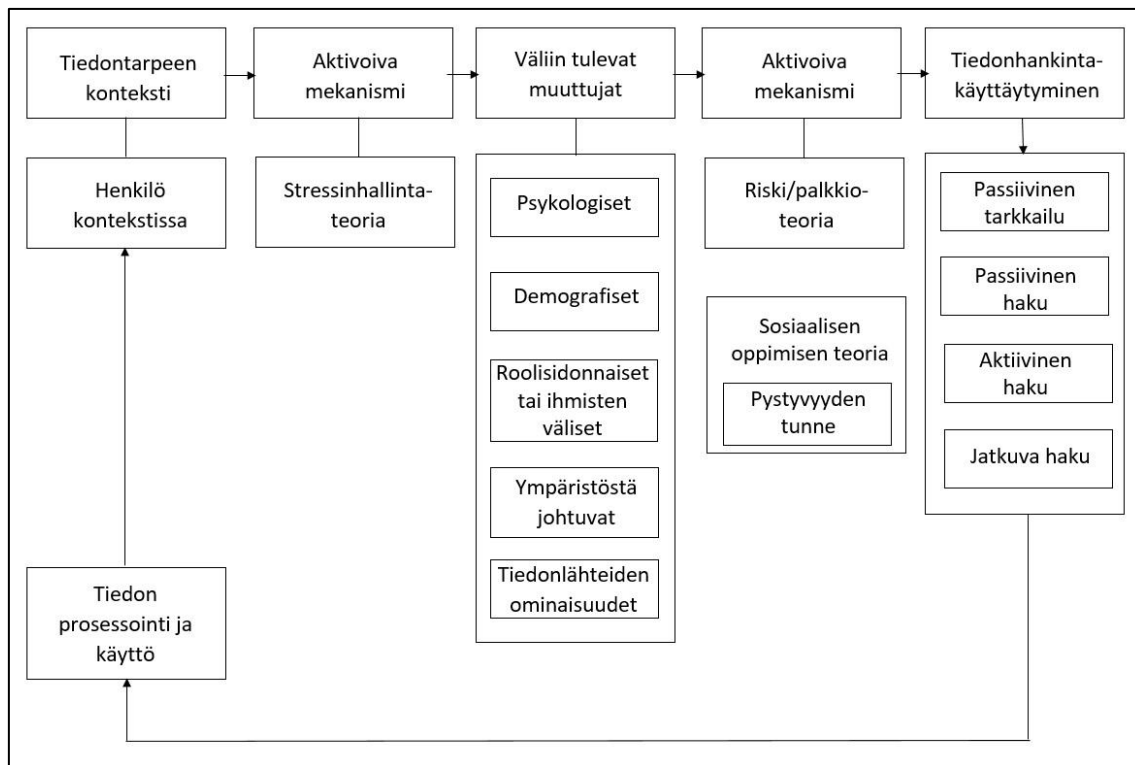
Tiedonhankintatutkimuksessa on kaksi kilpailevaa käsitettä: informaatiokäyttäytyminen ja informaatiokäytännöt. Informaatiokäyttäytyminen on käsitteistä vanhempi. Sillä tarkoitetaan oikeastaan informaatioon liittyvää käyttäytymistä. Wilsonin mukaan informaatiokäyttäytyminen voidaan nähdä sarjana prosesseja. Tiedon tarpeet johtavat tiedon hankintaan ja siitä tiedon käyttämiseen. Informaatiokäytännön käsite sen sijaan korostaa tiedonhankintaa sosiaalisesti ja kulttuurisesti määrittyneenä asioiden tekemisenä. Informaatiokäytäntöjen käsite yhdistetään yleensä arkielämän tiedonhankintaan. (Haasio & Savolainen 2004, 33.)

Wilsonin sisäkkäinen malli (kuvio 1) kuvaa tiedonhankintakäyttäytymisen suhdetta informaatiokäyttäytymiseen ja tiedonhakukäyttäytymiseen. Mallissa informaatiokäyttäytyminen on laajin kokonaisuus ja se pitää sisällään tiedonhankintakäyttäytymisen, joka vuorostaan sisältää tiedonhakukäyttäytymisen. (Haasio & Savolainen 2004, 37–38.)



Kuvio 1. Informaatiokäyttäytymisen, tiedonhankintakäyttäytymisen ja tiedonhakukäyttäytymisen keskinäinen suhde (Wilson 1999).

Wilson (1999) on kuvannut informaatiokäyttäytymistä myös vuoden 1996 mallissaan (kuvio 2), joka rakentuu hänen varhaisemman mallinsa päälle. Tässä mallissa uutta ovat väliin tulevat muuttujat, jotka voivat olla tiedonhankintaa edistäviä tai haittaavia, toisin kuin aiemman version esteet. Nämä muuttujat ovat psykologisia, demografisia, roolisisidonnaisia tai ihmisten välisiä, ympäristöstä johtuvia tai tiedonlähteiden ominaisuuksista johtuvia. Tiedonhankintakäyttäytyminen on jaettu mallissa neljään tyyppiin: passiiviseen tarkkailuun, passiiviseen hakuun, aktiiviseen hakuun ja jatkuvaan hakuun.



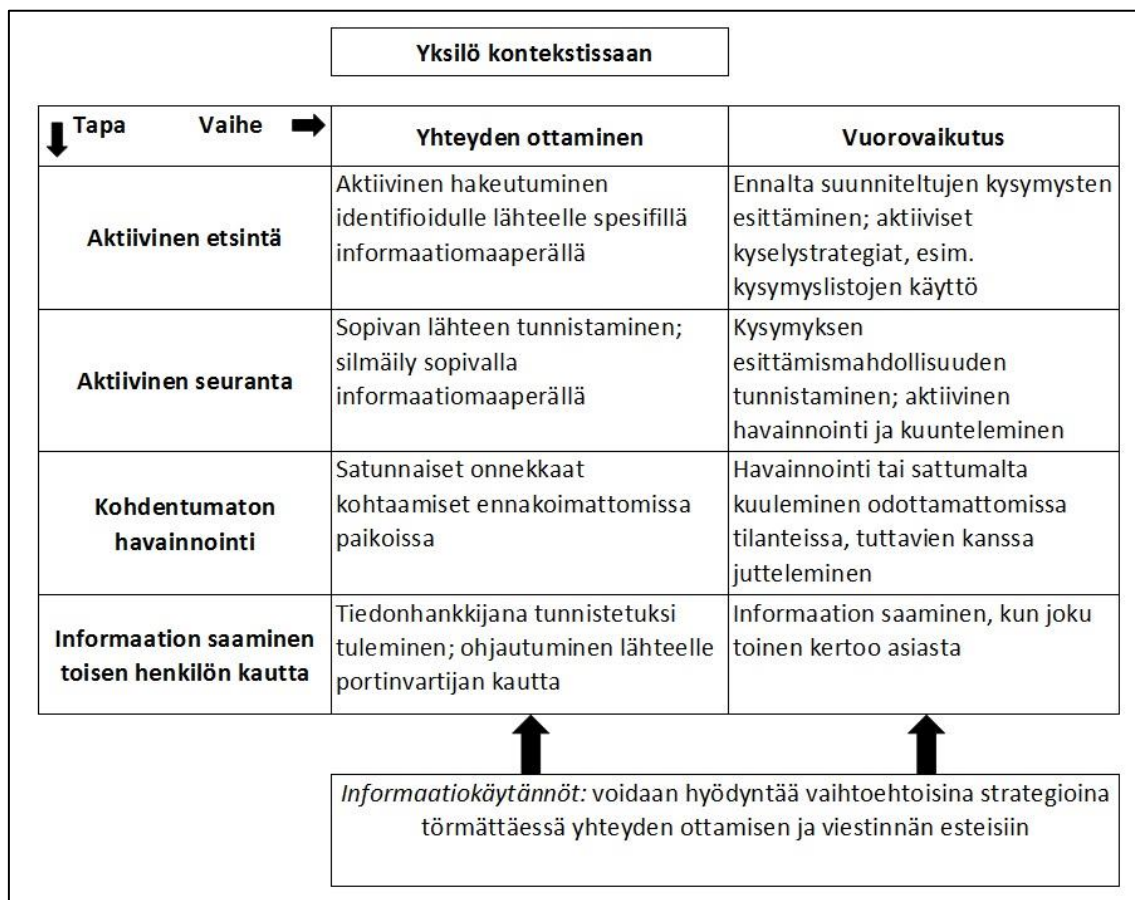
Kuvio 2. Wilsonin informaatiokäyttätymisen malli. (Wilson 1999.)

Malli tuo esiin myös kolme relevanttia teoriaa muilta tieteenoiltoilta. Stressinhallintateorian avulla on mahdollista selittää, miksi kaikki tiedontarpeet eivät laukaise tiedonhankinta-käyttätymistä. Riski/palkkio-teoriaa voidaan soveltaa tutkittaessa yksilön preferenssejä eri lähteiden välillä. Sosiaalisen oppimisen teoria taas pitää sisällään pystyvyyden tunteen käsitteen. Se kuvaa varmuuden tunnetta siitä, että kykenee toimimaan vaaditulla tavalla ja saamaan aikaan odotetun lopputuloksen. (Wilson 1999.)

McKenzie (2003, 19) on kritisoinut informaatiokäyttätymisen ja tiedonhankintakäyttätymisen malleja siitä, että ne eivät ota huomioon arkielämän tiedonhankinnan ominaisuuksia. Ne keskittyvät liikaa aktiiviseen tiedonhankintaan jättäen kohdentumattoman havainnoinnin huomiotta. Poikkeuksena voi pitää Wilsonin (1999) uudistettua mallia (kuvio 2), joka sisältää passiivisen tarkkailun ja passiivisen haun. Tiedonhankintakäyttätymisen mallit keskittyvät usein myös yksittäisen tiedontarpeen ratkaisuun, eivätkä siten ota huomioon kokonaisvaltaisesti sitä useiden erillisten ja yhteen liittyvien tiedontarpeiden kirjoa, joka on arkielämän informaatiokäyttätymiselle tyypillistä. Yksilön kognitiivisiin prosesseihin keskittyvät

informaatiokäyttäjien mallit eivät pysty kuvaamaan yksilön ja sosiokulttuurisen kontekstin vuorovaikutuksessa muodostunutta informaatiota. McKenzie käyttääkin mieluummin termiä informaatiokäytännöt.

McKenzie (2003, 26) on luonut informaatiokäytäntöjen mallin (kuvio 3), joka koostuu neljästä tiedonhankinnan tavasta ja kahdesta vaiheesta. Malli soveltuu kuvaamaan erityisesti arkielämän tiedonhankintaa. Neljä tapaa ovat aktiivinen etsintä, aktiivinen seuranta, kohdentumaton havainnointi ja informaation saaminen toisen henkilön kautta. Vaiheita ovat yhteyden ottaminen ja vuorovaikutus. Niemelä (2006, 163) on täydentänyt McKenzien mallia väitöskirjassaan lisäämällä siihen viidennen tiedonhankinnan tavan, informaatiosta pidättäytymisen. McKenzie (2003, 24) mieltää informaatiokäytännöt vaihtoehtoiseksi termiksi informaatiokäyttäjien käytännöille. Informaatiokäytännöt voidaan myös nähdä tiedonhankinnan alakategoriana (Askola ym. 2010, Niemelä 2006).



Kuvio 3. McKenzien (2003, 26) informaatiokäytäntöjen malli.

3.2 Arkielämän tiedonhankinta

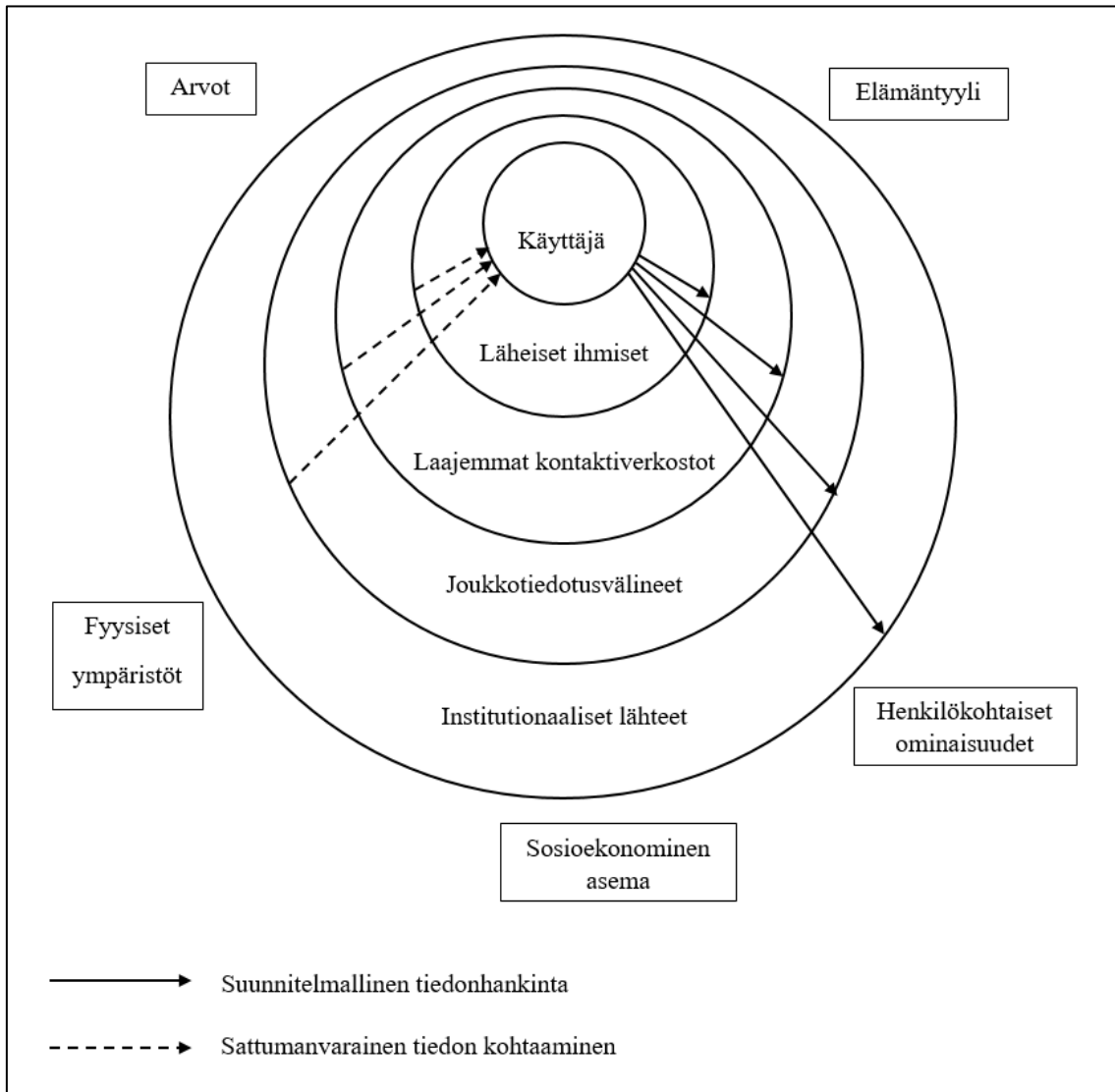
Perinteisesti tiedonhankintatutkimus on keskittynyt ammatilliseen tiedonhankintaan, mutta sen rinnalla on ollut jo 1970-luvulta asti kasvava ei-ammattillisen tiedonhankintatutkimuksen suuntaus. Ei-ammattillista tiedonhankintaa kutsutaan yleensä nimellä arkielämän tiedonhankinta. Se on terminä kuvaavampi, sillä arkielämän tiedonhankinta, kuten ajankohtaisten tapahtumien seuraaminen tai tietotekniikan opiskelu, voi palvella myös ammatillisia tarpeita. Negaation kautta määrittely ei-ammattilliseksi tiedonhankinnaksi voi myös antaa vaikutelman vähemmän tärkeästä tiedonhankinnasta, mitä arkielämän tiedonhankinta ei suinkaan ole. (Haasio & Savolainen 2004, 106–108.)

Keskeinen tutkimuskohde arkielämän tiedonhankinnassa on tiedonlähteiden ja kanavien tutkimus. Williamson (1998) on tutkinut ikäihmisten tiedonlähteitä ja kehittänyt tulosten perusteella mallin nimeltä arkielämän tiedonhankinnan ympäristöt (kuvio 4). Mallissa nousee esiin ero suunnitelmallisen tiedonhankinnan ja sattumanvaraisen tiedon kohtaamisen välillä. Myös läheisten ihmisten rooli tiedonlähteenä korostui tuloksissa.

Mallissa käyttäjä sijaitsee keskellä ja tiedonlähteet sijoittuvat kehinä käyttäjän ympärille. Käyttäjistä kehiin ja kehistä takaisin kulkee nuolia, jotka kuvaavat suunnitelmallista tiedonhankintaa ja sattumanvaraista tiedon kohtaamista. Kehien ulkopuolella ovat käyttäjään vaikuttavat muuttujat. (Williamson 1998, 36.)

Tiedonlähteiden kehät sijoittuvat käyttäjän ympärille sen mukaan, mitkä käyttäjä kokee tärkeimmiksi. Williamsonin tutkimuksessa selvisi, että perhe ja ystävät olivat kaikkein eniten käytetty tiedonlähde, joten sisimmällä kehällä ovat läheiset ihmiset. Laajemmat kontaktiverkostot, joukkotiedotusvälineet ja institutionaaliset lähteet on sijoitettu seuraaville kehille. (Williamson 1998, 31, 35–37.)

Mallissa olevat nuolet kuvaavat suunnitelmallista tiedonhankintaa ja sattumanvaraista tiedon kohtaamista. Williamsonin tutkimuksessa kävi ilmi, että vain institutionaalisia lähteitä käytettiin pelkästään suunnitelmallisesti. Niitä myös käytettiin kaikkein harvimmin. Kaikista muista lähteistä saatiin usein tietoa myös sattumanvaraisesti. Siksi kaikilta muilta kehiltä palaa sattumanvaraista tiedon kohtaamista kuvaava nuoli takaisin käyttäjään. (Williamson 1998, 34.)



Kuvio 4. Arkielämän tiedonhankinnan ympäristöt (Williamson 1998).

Malli on ekologinen siten, että se asettaa tiedonhankinnan, -kohtaamisen ja -käytön niihin mahdollisesti vaikuttavien muuttujien kontekstiin. Ekologinen systeemiteoria on peräisin sosiologi Urie Bronfenbrenneriltä, ja sen mukaan ihminen kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa (Asla, Williamson & Mills 2006, 54). Williamsonin mallissa käyttäjään vaikuttavia muuttujia ovat henkilökohtaiset ominaisuudet, fyysiset ympäristöt, arvot, elämäntyyli ja sosioekonominen asema. (Williamson 1998, 35.)

Lasten ja nuorten arkielämän tiedonhankinta nojaa vahvasti henkilölähteisiin. Shentonin ja Dixonin (2003, 231) tutkimuksen mukaan tiedonlähteenä toimivat henkilöt jakaantuvat

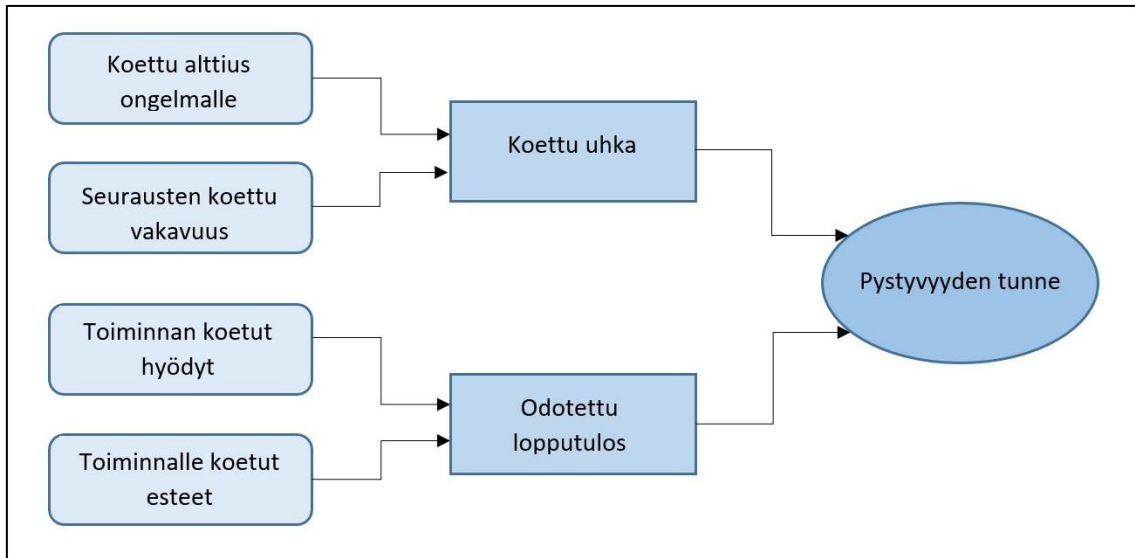
kolmeen kategoriaan: henkilöihin, jotka sattuvat olemaan tiedontarpeen hetkellä saavutettavissa; henkilöihin, jotka ovat samankaltaisessa tilanteessa ja tiedontarpeessa kuin tiedonhankkija itse; sekä henkilöihin, joilla on asiantuntemusta. Henkilölähteitä käytettiin, koska se oli luontevaa ja helppoa. Vastauksen sai yleensä muutamassa minuutissa tiedontarpeen herättyä. Tiedon luotettavuus vaihteli suuresti, mutta vahvistusta muista lähteistä haettiin harvoin. Henkilön miellyttävyys merkitsi enemmän, kuin saatavan tiedon luotettavuus. Esimerkiksi opettajilta kysymistä välteltiin usein. Joko tiedontarpeen arveltiin olevan kouluympäristöön epäsovelias tai sitten opettajaa pidettiin epämiellyttävänä.

3.3 Terveystiedonhankinta

Terveystiedonhankinta luetaan osaksi arkielämän tiedonhankintaa. Terveystiedonhankintaa tapahtuu monista syistä. Tietoa haetaan päätöksenteon tueksi tai vahvistamaan jo olemassa olevaa käsitystä. Ihmiset saattavat perehtyä terveystietoon silkasta mielenkiinnosta. Joskus tietoa kerätään muille jaettavaksi. Esimerkiksi läheisen sairaudesta saatetaan hakea tietoa tämän puolesta. On myös yleistä, että sairastuttuaan ihminen hakee sairaudesta tietoa, jotta pystyy kommunikoimaan hoitohenkilökunnan kanssa mahdollisimman ymmärrettävästi. (Johnson & Case 2012, 13.)

Terveysuskomusmalli (kuvio 5) kehitettiin alun perin 1950-luvun alussa yhdysvaltalaisen terveysviranomaisten toimesta selvittämään ihmisten taipumusta kieltäytyä ennaltaehkäisevästä hoidosta ja tautiseulonnoista. Myöhemmin sitä on sovellettu myös muunlaiseen terveyskäyttäytymiseen.

Mallin keskeinen väite on, että ihmiset hakeutuvat hoitoon vasta sitten, kun seuraavat neljä edellytystä täyttyy. 1) Henkilön täytyy uskoa olevansa altis kyseessä olevalle terveysongelmalle. 2) Hänen täytyy uskoa, että hoitamatta ongelman seuraukset ovat vakavat. 3) Hänen täytyy olla tietoinen mahdollisesta hoitokeinosta tai riskiä minimoivasta toiminnasta. Ja lopuksi 4) on uskottava, että terveyttä edistävän tai sairautta ehkäisevän toiminnan hyödyt ovat suuremmat kuin toimintaan liittyvät kustannukset tai esteet. Näin koetusta uhkasta ja odotetusta lopputuloksesta seuraa pystyvyyden tunne tarvittavan toiminnan suorittamiseen. (Janz & Becker 1984, Nutbeam ym. 2010, 9–12.)



Kuvio 5. Terveysuskomusmalli. (Nutbeam ym. 2010, 10.)

3.4 Aiempi tutkimus mielenterveyspalveluihin hakeutumisesta

Masennus on yleinen ongelma nuorilla aikuisilla ja se esiintyy usein jonkin muun mielenterveysongelman kanssa Aalto-Setälän ja kumppaneiden (2002) tutkimuksen mukaan vain kolmannes vakavasta masennuksesta kärsineistä nuorista hakee apua. Avun hakeminen on sitä yleisempää, mitä pidempään masennusoireilu on kestänyt. Toistuvasta lievästä masennuksesta kärsivillä oli korkein hoitoon hakeutumisen aste, kun taas sopeutumishäiriöstä kärsivillä matalin. Hälyttävää on, että masentuneista miehistä puolet eivät olleet koskaan edes harkinneet avun hakemista.

Myös opiskeluun liittyvää avun hakemista on tutkittu. Opiskelijoiden kokemus omasta pätevydestä akateemisissa opinnoissa, sekä kokemus henkilökunnan avuliaisuudesta vaikuttivat positiivisesti avunhakemiskäyttäytymiseen. Toisaalta avunhakemista haittasi opiskelijan epävarmuus, oman osaamisen huonoksi kokeminen sekä avunhakemisen kokeminen uhkaavana. Merkittävin este avun hakemiselle oli stressin ja masennuksen aiheuttama elämän laadun aleneminen. Masennus ja energian puute on todettu yleiseksi hoitoon hakeutumisen esteeksi. (McMenamy, Jordan & Mitchell 2008, Payakachat ym. 2013.)

Cohenin, Medlowin, Kelkin ja Hickien (2009) tutkimus vahvisti käsitystä, että nuoret aikuiset sietivät mielenterveyden oireita pitkään ennen hoitoon hakeutumista. Siinä vaiheessa oireet haittasivat usein huomattavasti opiskelua, työtä ja sosiaalista elämää.

Tutkimuksessa selvisi myös, että nuorilla aikuisilla on paljon tietoa mielenterveyden ongelmista, mutta vähemmän mielenterveyttä hoitavista palveluista, sekä niiden hinnasta ja sijainnista. Sairasen ja Savolaisen (2008) tutkimuksessa korkeakouluopiskelijoiden terveystiedon välttelyn keskeisimmät syyt olivat halu välttää kielteisiä tunteita sekä halu välttää epäsovivaa informaatiota.

Suomalaiset opiskelijat ovat melko hyvin tietoisia tarjolla olevista terveystiedon lähteistä ja käyttävät aktiivisesti esimerkiksi terveydenhuollon verkkopalveluja ja keskustelufoorumeja (Askola, Atsushi & Huotari 2010). Nuoret aikuiset hankkivat nykyään tietoa henkilölähteiden lisäksi pääasiassa internetistä. Siksi onkin ymmärrettävää, että aiempi tutkimus nuorten mielenterveysaiheisesta tiedonhankinnasta on keskittynyt suurelta osin verkkotiedonlähteisiin (Gowen 2013, Rasmussen-Pennington ym. 2013, Kauer, Mangan & Sanci 2014, Montagni ym 2014.). Erilaisten verkkopalvelujen, mobiilisovellusten (Wiljer ym. 2020), itseapupalvelujen (Davis-McCabe & Winthrop 2010) ja keskusteluryhmien käyttäjätutkimukset ovat yleisiä. Tiedonhakututkimuksessa on selvitetty verkkolähteiden käytön prosessia muun muassa ääneenajattelumenetelmää hyödyntäen (Macias, Lee & Cunningham 2017).

Perheenjäsenten ja muiden läheisten osallisuudesta hoitoon hakeutumisessa oli monenlaisia tuloksia. Yhtäältä läheiset saattoivat estää hoitoon hakeutumisen esimerkiksi vähättelemällä ongelmaa. Toisaalta läheiset saattoivat olla se kannustin, jonka vuoksi hoitoa lopulta haettiin. Merkillepantavaa on se, että mielenterveyspalveluja tarjoavan henkilön suhtautumistavalla oli suuri merkitys nuorille aikuisille. Moni nuorista oli kokenut alentuvaa tai tuomitsevaa kohtelua mielenterveysammattilaisten taholta. Moni koki, ettei ollut tullut kuulluksi tai otetuksi vakavasti. Yleinen käsitys oli, että ammattilaiset jollain tavalla syrjivät nuoria asiakkaita näiden iän takia. (Cohen, Medlow, Kelk & Hickie 2009.)

Sukupuolella on vaikutusta avunhakemiskäyttäytymiseen. Aiemmissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että teollisuusmaissa, mukaan lukien Suomessa, naiset hakevat apua terveysasioissa miehiä huomattavasti useammin. Miehet kieltävät naisia useammin ongelman olemassaolon ja suhtautuvat aggressiivisesti stressaaviin tilanteisiin. He myös turvautuvat useammin päihteisiin. Naiset tukeutuvat helpommin sosiaalisiin verkostoihin ja pyytävät apua aiemmin (Gasquet, Chavance, Ledoux & Choquet 1997). Naiset myös

pääsääntöisesti kiinnittävät enemmän huomiota terveysasioihin. Miehet tyypillisesti lykkäävät avun hakemista, kunnes ongelma on aiheuttanut jo tuntuvaa haittaa heidän elämäänsä. Nämä tutkimukset koskevat kuitenkin lähinnä teollisuusmaita. Kehitysmaissa asia on toisin. Jyrkät sukupuoliroolit ja naisten suppeampi elämänpiiri aiheuttavat sen, että terveyspalvelut eivät ole yhtä helposti naisten saatavilla. Häveliäisyys ja tabut vaikeuttavat myös avun hakemista. (Gissler 2003, 286, WHO 2007, 10–11.)

Koska mielenterveyden oireilu alkaa usein jo murrosiän kynnyksellä tai jo aiemmin, on tärkeää sivuta myös lasten ja nuorten tiedonhankintaa ja avun hakemista koskevaa tutkimusta. Lapset ja nuoret kääntyvät avun tarpeissaan useammin äidin kuin isän puoleen (WHO 2007, 10). On myös tutkittu, että naiset hoitavat usein koko perheen terveysasioita omansa lisäksi (Hemminki 2003, 268–269). Mielenterveysasioissa lapset ja nuoret kääntyvät ensin kavereiden, sitten vanhempien ja lopuksi ammattilaisavun puoleen (Ward 1996; tässä WHO 2007, 19). Masennuksen ollessa kyseessä ei-terveydenhoidolliset ammattilaiset, kuten opettajat ja nuoriso-ohjaajat, ovat voivat toimia portinvartijoina terveyspalveluihin (Gasquet, Chavance, Ledoux & Choquet 1997).

3.4.1 Stigma

Mielenterveysongelmiin liittyvä stigma on suosittu tutkimuskohde psykologian ja sosiologian aloilla. Sen merkittävyyttä avun hakemiselle on tutkittu useammassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Gulliver, Griffiths & Christensen 2010, Clement ym. 2015). Nykyisen tiedon valossa on arvioitu, että mielenterveyshoitoihin liittyvän stigman havaitseminen vähentää nuorten todennäköisyyttä hakea apua. Lapsia ja nuoria koskevassa tutkimuksessa todettiin, että sekä aikuisten että muiden lasten ja nuorten taholta havaitulla stigmalla oli vaikutusta avun hakemiseen. Aikuisia tutkittaessa on tullut ilmi, että pelkkä stigman havaitseminen tai kokeminen ei riittänyt vahingollisen vaikutuksen syntymiseen. Vasta kun yksilöt sisäistävät nämä negatiiviset uskomukset ja uskovat niiden koskevan itseään, oli sillä vaikutus heidän asenteisiinsa. (Conner ym. 2010, Lee ym. 2014, Vuorilehto ym. 2014, 16.)

Stigman käsitteen voi jakaa moneen erityyppiseen stigmaan. Clement ja kumppanit (2015) ovat eritelleet kuusi erilaista stigmaa liittyen mielenterveyden ongelmista johtuvaan avun hakemiseen. Ne ovat odotettu stigma (odotus tulla kohdelluksi

epäreilusti), koettu stigma (henkilökohtainen kokemus epäreilusta kohtelusta), sisäistetty stigma (itse kohdistuvat stigmatisoivat ajatukset), havaittu stigma (henkilön näkemys siitä, miten ihmiset yleisesti suhtautuvat mielenterveysongelmaisiin ihmisiin), stigman hyväksyntä (henkilön omat stigmatisoivat ajatukset tai käyttäytymismallit muita mielenterveysongelmaisia ihmisiä kohtaan) ja hoitostigma (hoidon hakemiseen ja saamiseen liittyvä stigma). Näistä haitallisimmiksi osoittautuivat hoitostigma ja sisäistetty stigma. Muiden stigmatyyppien yhteys avun hakemiseen oli heikkoa.

Stigma oli neljänneksi merkittävin este avun hakemiselle Clementin ja kumppaneiden (2015) kirjallisuuskatsauksessa. Keskeiset huolenaiheet avun hakijoille olivat häpeä, negatiivinen kuva yhteisön silmissä sekä työpaikkasyrjintä. Stigman vaikutus avun hakemiseen vaihteli pienen ja kohtalaisen välillä. Naiset kokivat vähemmän stigmaa, etniset vähemmistöt ja armeijassa työskentelevät enemmän.

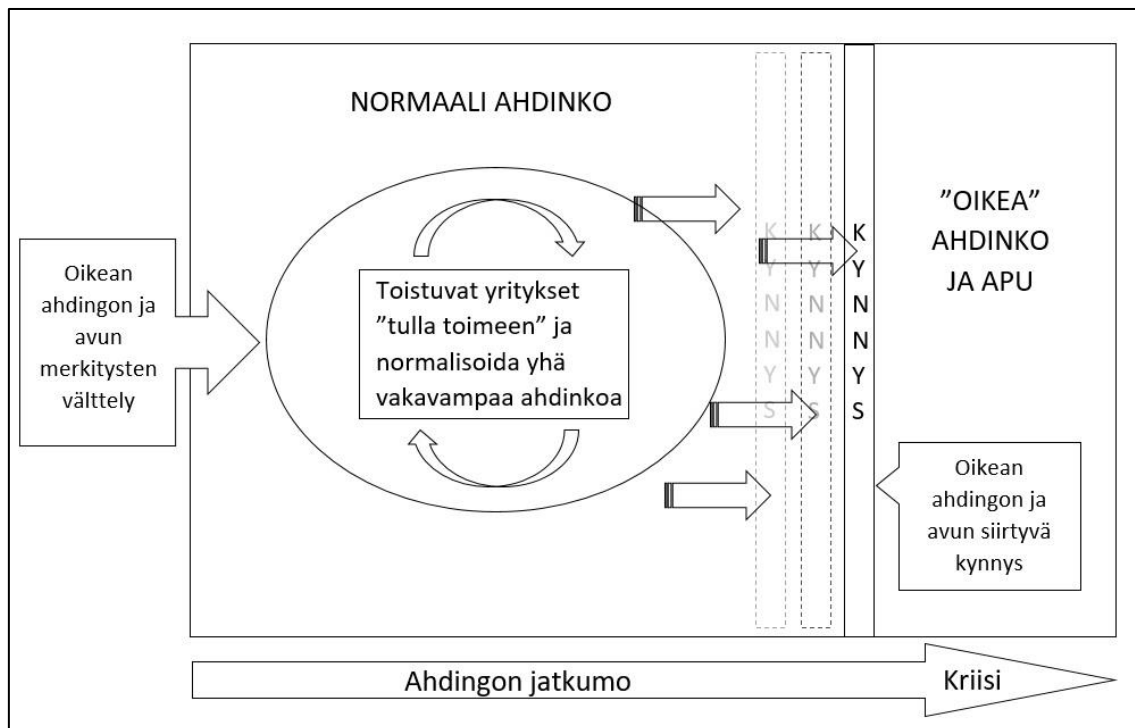
Nuorten avun hakemista tutkinut systemaattinen kirjallisuuskatsaus selvitti, että keskeisin este avun hakemiselle on stigma. Muita merkittäviä esteitä ovat: huoli avun lähteen luotettavuudesta, oireiden tunnistamisen vaikeus, palvelujen saavuttamattomuus, itseluottamus tai taipumus pyrkiä pärjäämään itse, avun lähteen henkilökohtaiset ominaisuudet, tiedonpuute mielenterveyspalveluista sekä itse avun hakemisen tilanteeseen tai avun lähteeseen liittyvä stressi ja pelko. (Gulliver, Griffiths & Christensen 2010)

3.4.2 Tiedon välttely ja välttelyn kierteen malli

Tiedon välttelyn käsitettä on pohdittu monissa informaatiotutkimuksen teorioissa. Wilsonin mukaan tiedon välttely voidaan mieltää tiedonhankinnan esteeksi. Se voidaan myös nähdä yhtenä osana informaatiokäyttäytymistä (Niemelä 2006). Lisäksi se voidaan jakaa informaation välttelyyn ja tiedon välttelyyn (Sairanen & Savolainen 2018). Näiden ero on siinä, että informaatiota vältellessä vältellään tiedonlähteitä, kun taas tietoa vältellessä vältetään tulkitsemasta lähteiden informaation sisältöä. Niemelä (2006) taas puhuu informaatiosta pidättäytymisestä. Chatmanin tutkimukset pienistä elämäntilanteista pitävät myös sisällään tiedon välttelyä valikoivan tiedonlähteiden seuraamisen muodossa. Terveystieteen kontekstissa tiedonhankkija voi esimerkiksi tietoisesti vältellä

lähteitä, joiden olettaa sisältävän ahdistavaa informaatiota. Tällaista ilmiötä on tutkittu esimerkiksi syöpäpotilailla. (Haasio & Savolainen 2004, Sairanen & Savolainen 2018.)

Tiedon välttelystä erilleen täytyy nostaa avun hakemisen välttely. Biddlen, Donovanin, Sharpin ja Gunnellin (2007, 983, 989) tutkimuksen mukaan nuoret aikuiset kokevat paljon mielenterveyden häiriöitä, mutta eivät hakeudu hoitoon helposti. Tutkimuksessa haastateltiin 23 iältään 16–24 vuotiasta nuorta, jotka saivat tai olivat saaneet hoitoa johonkin mielenterveyden häiriöön. Hoitoon hakeutumista oli saattanut edeltää pitkä kausi, jolloin apua ei haettu, koska oireita ei tunnistettu ”oikeiksi” mielenterveysoireiksi. Biddle ja kumppanit luonnehtivat nuorten aikuisten sairauskäyttäytymistä (illness behaviour) ”välttelyn kierteksi” ja ovat muodostaneet tutkimustulosten perustella välttelyn kierteen mallin (kuvio 6).



Kuvio 6. Välttelyn kierre. (Biddle ym. 2007, 988.)

Mallissa koetun ahdingon (*distress*) jatkumo kulkee vasemmalta oikealle. Vasemmalla puolella on normaalisti koettu ahdinko, jota ei pidetä riittävän vakavana avunhakemista varten. Oikealla puolella on niin sanottu ”oikea” ahdinko, jonka kohdatessa avun hakeminen on hyväksyttävää. Kahden puoliskon välillä on kynnyks. Biddlen ja kumppaneiden mukaan nuoret aikuiset välttelevät oikean ahdingon tunnistamista itsessään ja sen sijaan yrittävät tulla toimeen yhä vakavamman ahdingon kanssa.

Määritellessään oman ahdinkonsa tason toistuvasti normaaliksi, henkilö tulee yhä uudelleen siirtäneeksi normaalin ja oikean ahdingon välistä kynnystä vakavampaan suuntaan. Kynnys ylitetään ja avuntarve myönnetään yleensä vasta henkilön joutuessa kriisiin tai jonkin ulkoisen tekijän, kuten läheisen, vaikutuksesta. (Biddle ym. 2007.)

Vastaajilla oli jyrkän polarisoitunut näkemys mielenterveyden ongelmista. Normaali ahdinko koettiin väliaikaiseksi ja ennen pitkää ohimeneväksi. Sen vastakohtana oli oikea ahdinko, jota pidettiin epänormaalina, harvinaisena, usein pysyvänä tilana. Sen vastaajat käsittivät melisairaudeksi. Oikeaa ahdinkoa olivat esimerkiksi skitsofrenia ja psykoosi. Vaikka niin sanottu normaali ahdinko saattoi vaihdella lievästä hyvin vakavaan, se pidettiin silti erillään niin sanotusta oikeasta ahdingosta. Ahdinkojen välillä oli kynnys. (Biddle ym. 2007.)

Stigmalla oli merkittävä rooli kahtiajaon muodostumisessa. Vastaajat käyttivät hyvin stigmatisoivaa kieltä puhuessaan mielenterveysongelmaisista ihmisistä. Erilaiset hulluutta ilmaisevat sanat kuten ”freak”, ”screwy” ja ”nutty” ilmenivät useiden vastaajien puheessa. Sitä vastoin normaaliin ahdinkoon suhtauduttiin vähättelevästi. Henkilö, joka valitti normaaliin ahdinkoon määritellyistä ongelmista, saatettiin leimata teeskenteleväksi tai luulosairaaksi. (Biddle ym. 2007.)

Vastaajat pitivät yhtenä määritelmänä oikealle ahdingolle sitä, että sitä varten tarvitsi hakea apua. Normaaliin ahdinkoon ajateltiin olevan hyväksyttävää hakea apua vasta sitten, kun ”mikään muu ei toimi”. Tämä johti kehäpäätelmään, jossa ahdinko oli oikeaa vasta kun siihen haettiin apua, ja jossa apua ei haettu, koska oma ahdinko ei ollut oikeaa. (Biddle ym. 2007.)

3.5 Yhteenveto

Tiedonhankintatutkimuksessa tutkitaan tiedonhankinnan prosessia, joka pitää sisällään tiedontarpeet, tiedonhankinnan ja tiedon käytön. Tiedonhankinta voidaan jaotella aktiiviseen ja passiiviseen, tarkoitukselliseen ja sattumanvaraiseen tiedonhankintaan. Tiedonhankintatutkimus tutkii myös tiedon välttelyä.

Informaatiokäyttämisen käsite pitää sisällään tiedonhankintakäyttämisen ja tiedonhakukäyttämisen. Sille rinnakkainen termi on informaatiokäytännöt, joka

korostaa tiedonhankinnan sosiaalista aspektia, ja joka yhdistetään yleensä arkielämän tiedonhankintaan.

Ammatillisesta tiedonhankinnasta erillisenä tutkimusalana on arkielämän tiedonhankinta. Se keskittyy tutkimaan kaikkea sitä tiedonhankintaa, jota ihmisten elämään kuuluu ammatillisen ja opiskeluun liittyvät tiedonhankinnan lisäksi. Arkielämän tiedonhankinnassa korostuu tiedon sattumanvarainen kohtaaminen. Terveystiedonhankinta on tärkeä osa arkielämän tiedonhankintaa.

Yksi terveystiedonhankinnan keskeinen tutkimuskohde on tiedonlähteet. Käytetyimpiä terveystiedon lähteitä ovat läheiset ihmiset. Tietoa myös kohdataan paljon sattumanvaraisesti. Tutkimusten mukaan kaiken ikäiset ihmiset suosivat terveystiedonlähteitä, jotka ovat helposti saatavilla. Lähteiden luotettavuus on usein toissijaista.

Stigma on ennakkoluuloista johtuva häpeäleima, joka liittyy johonkin häpeälliseksi koettuun asiaan. Mielenterveyden häiriöt koetaan usein häpeällisiksi. Stigmalla on merkittävä rooli avunhakemiskäyttäytymisessä. Se on yksi syy, miksi avun hakemista saatetaan lykätä pitkään. Avun hakemiseen vaikuttavat myös henkilön ikä, sukupuoli sekä kulttuuriset ja sosioekonomiset tekijät.

Siinä missä avun hakemista, ja myös erityisesti mielenterveyteen liittyvää avun hakemista, on tutkittu kohtuullisen paljon, avun hakemista edeltävää tiedonhankintaa ei niinkään. Aiempi tutkimus on kohdistunut paljolti mielenterveyteen liittyviin verkkopalveluihin ja niiden käyttöön.

Tämän tutkimuksen kannalta keskeisin aiempi tutkimus on Biddlen ja kumppaneiden (2007) tutkimus nuorten avun hakemisesta. Sen pohjalta muodostettu välttelyn kierteen malli esittää nuorten käsityksen mielenterveydestä kaksijakoisena. Tutkimuksen mukaan nuoret normalisoivat kokemaansa ahdinkoa ja välttelevät avun hakemista. Avun hakemista pidettiin hyväksyttävänä vain vakavista mielisairauksista kuten skitsofreniasta kärsiville henkilöille. Yleensä apua haettiin vasta toisen henkilön kehotuksesta.

4 TUTKIMUSMENTELMÄT JA –AINEISTOT

Tämä tutkimus toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Se nojaa fenomenologis-hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Aineistonkeruussa sovellettiin myös kriittisten tapahtumien tekniikkaa. Saatu aineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin. Teoriaohjaavuus valikoitui menetelmäksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin sijaan siksi, koska tutkimuksessa käytetty keskeinen käsitteistö on valmiiksi informaatiotutkimuksen teorioista peräisin. Tätä käsitteistöä ovat esimerkiksi tiedonlähteet, tiedonhankinnan esteet ja tiedon välttely.

Alaluku 4.1 esittelee lyhyesti laadullisen tutkimuksen tutkimussuuntauksena. Seuraavissa alaluvuissa käsitellään teemahaastattelu, kriittisten tapahtumien menetelmä ja teoriaohjaava sisällönanalyysi. Tutkimuksen empiirinen toteutus käydään läpi viimeisessä alaluvussa 4.5.

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus on vaihtoehto määrälliselle tutkimukselle. Se on hyvä valinta silloin, kun tutkimuskohde on vaikeasti mitattavissa, kuten jokin monimutkainen sosiaalinen ilmiö. Laadullisia tutkimusmenetelmiä käytetäänkin paljon humanistisessa tutkimuksessa. Laadullisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa ihminen on sekä tutkijana että tutkimuksen kohteena. Fenomenologia tutkii ihmisen suhdetta omaan elämistodellisuuteensa. Tutkimus kohdistuu erityisesti kokemuksiin ja näiden kokemusten merkityksiin. Fenomenologiseen merkitysteoriaan liittyy ajatus yhteisöstä, johon yksilö kuuluu ja jonka kautta kokemukset saavat merkityksensä. Hermeneutiikka eli ymmärtämisen ja tulkinnan teoria tuo mukaan tulkinnan tarpeen. Ymmärtäminen on tulkintaa ja sen pohjana on aiempi ymmärrys tutkimuksen kohteesta, esiymmärrys. Kehämaisesti etenevää, esiymmärryksen päälle rakentavaa tutkimusta kutsutaan hermeneuttiseksi kehäksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Kuten kaikessa tutkimuksessa, myös laadullisessa tutkimuksessa on kiinnitettävä huomiota tutkimuksen eettisyyteen. Ihmisiä tutkittaessa tutkimuksen eettinen perusta

muodostuu ihmisoikeuksista. Tutkijan on huolehdittava, että tutkimuksen kohde on selvillä tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä ja mahdollisista riskeistä. Tutkimuksen on oltava luottamuksellista ja nimetöntä, ellei toisin sovita. Tutkimuksesta on voitava kieltäytyä ja siitä pitää voida jättäytyä pois missä vaiheessa tahansa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön suomalaisen tiedeyhteisön kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Tutkimuksen eettisyys on kytköksissä myös tutkimuksen luotettavuuteen. Tuomen ja Sarajärven mukaan: ”hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus”. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei aina voida mitata samoilla välineillä kuin määrällisen tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvailemaan tutkimuksen toteuttamisen vaiheet mahdollisimman tarkasti ja avoimesti. Tutkija voi myös pohtia tutkimustekstissä omaa puolueettomuuttaan suhteessa tutkimuskohteeseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voi lisätä tutkimusperinteestä riippuen esimerkiksi triangulaatiolla. Se tarkoittaa useamman eri tutkimusmenetelmän, tutkijan, aineistoryhmän tai teorian käyttämistä saman tutkimuksen toteuttamiseksi. Kun tutkimus ei sitoudu yhteen ainoaan näkökulmaan, tutkija kykenee ylittämään omat ennakkoluulonsa. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

4.2 Teemahaastattelu

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelussa käytettiin apuna välttelyn kierteen mallia (Biddle ym. 2007). Kun halutaan selvittää ihmisten mielipiteitä, ajatuksia ja toimintatapoja, yksi ilmeinen keino on kysyä heiltä. Haastattelu on perinteinen ja toimivaksi havaittu laadullisen tutkimuksen menetelmä. Henkilökohtaisen haastattelun etuja ovat sen joustavuus ja perusteellisuus. Haastattelu on keskustelu, ei kuulustelu tai tietokilpailu. Haastattelijalla on mahdollisuus oikaista väärinkäsityksiä ja selventää kysymyksiä haastateltavalle suoraan haastattelutilanteessa. Tarvittaessa kysymyksen voi kysyä uudestaan. Haastattelijalla voi muuttaa kysymysten järjestystä, jos keskustelu lähtee eri suuntaan, kuin oli alun perin suunniteltu. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 75.)

Eri haastattelutyypit voidaan jaotella kysymysten valmiuden ja sitovuuden mukaan strukturoituihin ja strukturoimattomiin haastatteluihin. Täysin strukturoitu haastattelu on

lomakehaastattelu valmiine kysymyksineen, kun taas strukturoimaton eli avoin haastattelu on hyvinkin vapaamuotoinen keskustelu. Teemahaastattelu on niin sanotusti puolistrukturoitu haastattelu. Siinä edetään etukäteen valittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten avulla, mutta kysymysten ja teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole väliä. Menetelmänä teemahaastattelu korostaa ihmisten tulkintoja asioista ja heidän asioille antamiaan merkityksiä. Teemat perustuvat tutkimukset viitekehyykseen. (Ruusuvuori ja Tiittula 2005a, 10-12, Tuomi & Sarajärvi 2003, 76-78.)

Myös teemahaastattelun haastattelutilanteessa on tavallista, että jyrkän kysymys-vastausrakenteen sijaan tilanne muistuttaa normaalia keskustelua. Haastattelijan antama vähäinenkin palaute (kuten minimipalautteet ”joo” tai ”niin”) kannustaa haastateltavaa kertomaan enemmän ja viestivät aktiivisesta kuuntelusta. Usein ajatellaan, että vuorovaikutus vähentää haastattelussa saadun tiedon luotettavuutta, mutta monissa tilanteissa tieto jäisi kokonaan saamatta ilman haastattelijan kannustavia kommentteja. Tutkimuksissa onkin käynyt ilmi, että haastattelijan on lähes mahdotonta pysyä täysin neutraalina ja että jopa valmista kysymyslomaketta käytettäessä haastattelijat muuttavat kysymysten sanajärjestystä tai ehdottavat vastaajalle tiettyä vastausvaihtoehtoa. Ruusuvuori ja Tiittula (2005b, 30) luonnehtivat asiaa näin: ”Vastaus ei siten ole itsenäinen tuotos, vaan haastattelijalla voi houkutelaa sen esiin ja se muotoillaan yhdessä”. (Ruusuvuori & Tiittula 2005a, 12, Ruusuvuori & Tiittula 2005b, 26-31.)

Haastattelijalla ja haastateltavalla on tilanteen keskusteleavasta luonteesta huolimatta selkeät roolit ja näitä rooleja ylläpidetään pienillä sanavalinnoilla koko haastattelun ajan. Episteemiset oikeudet eli tietoa koskevat oikeudet kuuluvat kaikkeen sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Omat kokemukset, tuntemukset ja elämäntapahtumat ovat asioita, joista itsellä oletetaan olevan eniten tietoa, ja tiedon myötä suurempi oikeus puhua. Jos näitä episteemisiä oikeuksia uhataan, ne pyritään usein oikaisemaan. Terveystiedon kohdalla asia voi olla mutkikas. Esimerkiksi lääkärikäynnillä lääkäri on terveystiedon auktoriteetti, mutta potilas sen sijaan tuntee parhaiten omat oireensa. (Ruusuvuori & Tiittula 2005a, 12, Ruusuvuori & Tiittula 2005b, 33-36.)

4.3 Kriittisten tapahtumien menetelmä (*Critical Incidents Technique*)

Kriittisten tapahtumien menetelmä (*Critical Incidents Technique, CIT*) pohjautuu toisen maailmansodan aikana tehtyihin tutkimuksiin Yhdysvaltojen ilmavoimien parissa. Menetelmää käytettiin hävittäjälentäjien valikoinnissa, arvioinnissa ja koulutuksessa. Menetelmän kehitti yhdysvaltalainen työpsykologian tutkija John Flanagan. Sodan jälkeisinä vuosikymmeninä Flanagan kollegoineen jatkoi menetelmän sovellusta muihin tarkoituksiin, kuten tehdastyöläisten työkyvyn arviointiin. (Flanagan 1954, 327, Hughes 2012, 74.)

Kriittisten tapahtumien menetelmä on viisiportainen ja koostuu seuraavista vaiheista: a) tutkittavan toiminnan perimmäisen tarkoituksen määrittely, b) kerättävien tapahtumien tarkka rajaaminen ja ohjeiden laatiminen aineiston kerääjiä varten, c) aineiston keruu joko haastattelujen kautta tai tutkittavien itse raportoimana, d) aineiston analyysi ja e) tulosten tulkinta ja raportointi. CIT ei ole niinkään teoriaan pohjautuva metodi vaan pikemminkin käytännöllinen tutkimuksen työkalu. Menetelmän periaatteiden mukaan on hyödyllisempää kerätä käyttäytymistä koskevia tosiasioita kuin tulkintoja, arvosteluja ja mielipiteitä. Tutkittavien käyttäytymisestä kannattaa valita raportoitavaksi vain ne tapahtumat, joilla on merkittävä vaikutus tutkittavaan toimintaan. (Flanagan 1954, 345–355, Hughes 2012, 74.)

Menetelmässä haastateltavaa pyydetään muistelemaan tapahtumia, jotka olivat tutkittavan toiminnan kannalta erityisen tehokkaita tai vastaavasti erityisen tehottomia. Menetelmän toimivuus perustuu kerättävien tapahtumien äärimmäisyyteen. Flanaganin mukaan: ”on hyvin tiedossa, että äärimmäiset tapahtumat voidaan tunnistaa täsmällisemmin kuin luonteeltaan keskiverto käyttäytyminen”. (Flanagan 1954, 338.)

CIT:n pohjalta on luotu myös uusia menetelmiä. Informaatiohorisontit (Sonnenwald, Wildmuth & Harmon 2001, 69–71) hyödyntää CIT:n tapaa keskittää kysymykset erityisen mieleenpainuviin tapahtumiin. Hilary Hughes (2012, 72) on soveltanut kriittisten tapahtumien menetelmää omaa tutkimustaan varten ja luonut oman menetelmänsä ECIA:n (*Expanded Critical Incidents Approach*). CIT:n jyrkkä binäärisyys ei tukenut kaikkia Hughesin tutkimuksen laadullisia аспекteja, joten hän laajensi metodia. Hughes myös kritisoi CIT:stä puuttuvaa teoreettista pohjaa.

4.4 Teoriaohjaava sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentti voi olla kirja, artikkeli, kirje, puhe, keskustelu tai mikä tahansa muu kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Tämän tutkimuksen kohdalla analysoitavia dokumentteja ovat litteroidut haastattelut. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105-109.)

Sisällönanalyysi erotetaan käsitteenä sisällön erittelystä, vaikka ne pintapuolisesti vaikuttavat samalta asialta. Tiivistetysti sisällön erittely on tekstin sisällön määrällistä kuvausta, kun taas sisällönanalyysi pyrkii kuvailemaan sisältöä sanallisesti. Laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysin puolesta puhuu se, että yksittäisen sanan esiintymistiheys aineistossa ei kerro aineistosta juuri mitään ilman kontekstia. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 106.)

Sisällönanalyysiä voidaan tehdä teorialähtöisesti, teoriaohjaavasti tai aineistolähtöisesti. Teorialähtöinen analyysi on luonnontieteissä suosittu, perinteinen analyysimalli. Siinä analyysi pohjautuu johonkin olemassa olevaan teoriaan tai malliin. Teoriaohjaava sisällönanalyysi muistuttaa vaiheiltaan aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, mutta abstrahointivaiheessa teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina aiemmasta teoriasta. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 95-102, 116-117.)

Teoriaohjaava sisällönanalyysi, kuten aineistolähtöinen sisällönanalyysi, on kolmivaiheinen prosessi. Aineisto pelkistetään eli siitä karsitaan pois kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen. Pelkistäminen voidaan toteuttaa esimerkiksi värikoodaamalla tutkimuskysymyksiin vastaavat kohdat ja siirtämällä ne omaan tiedostoon. Pelkistämisen jälkeen koodattu aineisto ryhmitellään siten, että samaa asiaa tarkoittavat käsitteet laitetaan yhteen niitä kuvaavan otsikon alle. Tätä kutsutaan klusteroinniksi. Kolmanneksi aineisto abstrahoidaan eli käsitteellistetään. Tutkimuksen kannalta olennainen tieto irrotetaan aineistosta ja siitä muodostetaan teoreettinen käsitteistö. Käsitteitä ja luokituksia yhdistetään niin kauan kuin se on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110-114.)

4.5 Tutkimuksen empiirinen toteutus

Tutkimuksen suunnittelu aloitettiin vuonna 2019. Keväällä 2020 koronavirus levisi maailmalla aiheuttaen poikkeusolot myös Suomessa. Yliopiston ollessa etäopetuksessa koko kevätlukukauden tutkimuksen empiirinen toteutus siirtyi syksylle 2020. Siinä vaiheessa Oulun tartuntatilanne oli laantunut ja haastattelut pystyttiin toteuttamaan henkilökohtaisesti.

Aineistonkeruu toteutettiin syys–lokakuun aikana vuonna 2020. Tutkimushenkilöitä haettiin Webropol-kyselylomakkeen (liite 2) avulla kahdelta eri sähköpostilistalta: humanistisen tiedekunnan opiskelijoiden sähköpostilistalta ja Oulun Teekkariyhdistyksen sähköpostilistalta, joka pitää sisällään tekniikan opiskelijoiden ainejärjestöjen listoja, sekä ilmeisesti myös joitakin luonnontieteiden opiskelijoiden listoja. Tämän johdosta haastateltavia saatiin kolmesta edellä mainitusta tiedekunnasta.

Lomakkeen saatteena oli sähköpostiviesti (liite 1). Viestissä tavoiteltiin henkilöitä, joilla oli ollut vaikeuksia opintojen etenemisessä; jotka olivat hakeneet niihin apua esimerkiksi opintopsykologilta tai joltain muulta taholta; tai jotka olivat kokeneet olleensa masentuneita. Viestin liitteenä oli linkki Webropol-kyselyyn. Haastateltavien kriteeristö jätettiin tarkoituksella väljäksi, sillä aineistosta ei haluttu karsia pois sellaisia henkilöitä, jotka eivät kokeneet olevansa ”riittävän ongelmaisia” tutkimuksen tarpeisiin. Oletuksena oli, että avunhakemisvaiheessa on usein epäselvää, mistä koetut ongelmat johtuvat. Sähköpostin alussa tosin mainittiin, että tutkimus liittyy mielenterveyteen. Demografisena tietona lomakkeessa kysyttiin vastaajan senhetkistä opiskeluvuotta. Lisäksi kysyttiin opiskeluvaikeuksien kestoa ja tahoja, joihin vastaaja oli ollut yhteyksissä.

Lomakkeen kautta saatiin 30 vastausta, ennen kuin se suljettiin. Kaikille vastaajille lähetettiin sähköpostiviesti, jossa kiitettiin vastauksesta ja pyydettiin odottamaan jatkoa. Vastaajista 20 laitettiin haastattelukutsu ja heistä yhdentoista kanssa saatiin sovittua haastattelu. Yhteydenottojärjestys oli satunnainen. Tässä vaiheessa tutkimushenkilöiden määrä todettiin riittäväksi silloiseen aikatauluun nähden ja lopuille vastaajille ilmoitettiin asiasta.

Sekä lomakevastaajilla, että haastateltavilla oli halutessaan mahdollisuus pysytellä täysin anonymiminä. Webropol-lomakkeessa kysyttiin ainoana yhteystietona sähköpostiosoite, joka saattoi olla myös tilapäinen, ei-tunnistettava osoite. Mikäli nimi kuitenkin tuli sähköpostin kautta tietoon, sitä ei missään vaiheessa yhdistetty haastatteluvastauksiin, vaan aineistossa haastateltavat nimettiin lyhenteillä H1, H2, ja niin edelleen.

Haastattelut järjestettiin henkilökohtaisesti yliopiston kirjaston ryhmätyötiloissa. Haastateltaville tarjottiin mahdollisuus myös etähaastatteluun. Haastatteluja tehtiin 11, joista kymmenen otettiin mukaan tutkimusaineistoon. Haastattelu numero 5 jätettiin aineistosta pois, sillä haastateltavan tilanne poikkesi liikaa tutkittavasta aiheesta. Päätös tehtiin haastateltavan kanssa yhteisymmärryksessä jo haastattelun aikana. Jäljellä olevat haastattelut on siis numeroitu H1–H11 pois lukien H5.

Tutkimuksen haastattelulomake (liite 3) muodostui kuudesta eri teemasta. Ensimmäisen teeman kysymykset käsittelivät mielenterveysasioita yleisesti. Kysymyksillä kartoitettiin haastateltavien pohjatietoja mielenterveydestä, mielenterveyden häiriöistä ja tarjolla olevista mielenterveyspalveluista. Tässä teemassa myös kartoitettiin mielenterveyden kanssa oireilevien ihmisten näkyvyyttä haastateltavien elämässä.

Muut teemat koskivat haastateltavan omia kokemuksia. Haastateltavaa pyydettiin kuvailemaan omaa tilannettaan ja haastatteli ohjasi haastateltavaa tarvittaessa tarkentavilla kysymyksillä. Seuraavat teemat olivat oireilun näkyminen arjessa, tiedonlähteet, tiedon välttely, tiedonhankinnan esteet ja avun hakeminen. Pääsääntöisesti haastattelut etenivät lomakkeen mukaisessa järjestyksessä. Usein alun avoimeen kysymykseen vastattiin hyvin laajasti ja myöhemmissä kysymyksissä palattiin aiheisiin, joita oli jo kerran käsitelty. Se oli kuitenkin hyödyllistä, sillä aiheeseen palaaminen sai haastateltavan usein täsmentämään aiemmin epämääräistä ilmaisua tai kertomaan asioita, joita ei ollut aiemmin muistanut tai hoksannut tuoda ilmi.

Viimeinen teema koski välttelyn kierteen mallia (kuvio 6, Biddle ym. 2007). Malli selitettiin haastateltavalle, minkä jälkeen haastateltavaa pyydettiin arvioimaan mallin sopivuutta omaan tilanteeseensa. Haastateltavaa pyydettiin sijoittamaan malliin itsensä sekä niitä tiedonlähteitä, joita oli avunhakemista edeltävänä aikana käyttänyt. Tiedonlähteet merkittiin vihreällä. Malliin sijoitettiin myös avun hakemista estäneitä asioita punaisella. Tässä vaiheessa haastattelua saattoi nousta vielä kokonaan uutta tietoa.

Toisaalta taas haastattelijan piti melko usein muistuttaa haastateltavia aiemmin mainituista lähteistä tai esteistä.

Haastatteluissa sovellettiin kriittisten tapahtumien menetelmää (Flanagan 1954) siten, että kysymyksissä keskityttiin avun hakemisen tilanteeseen ja sitä välittömästi edeltävään aikaan. Kriittisiksi tapahtumiksi määriteltiin sellaiset tapahtumat, jotka johtivat avun hakemiseen. Vaikka haastateltavat saattoivat puhuessaan poiketa aiheesta ja muistella hyvin kaukaisiakin tapahtumia, palattiin kysymyksissä aina takaisin avun hakemisen tilanteisiin. Näin haastateltava tuli vähä vähältä kertoneeksi avun hakemista edeltäneestä ajasta ja siihen liittyneestä tiedonhankinnasta.

Haastattelut äänitettiin haastateltavien luvalla ja äänitteet litteroitiin käyttäen selaimessa toimivaa oTranscribe-ohjelmaa. Lyhyin haastattelu kesti 22 minuuttia ja pisin 112 minuuttia. Keskimäärin haastattelut kestivät 50 minuuttia. Litteroituna aineistoa tuli 107 sivua. Haastattelut pyrittiin litteroimaan mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Ensimmäisen haastattelun jälkeen viimeistä osiota muutettiin sen verran, että lähteiden ja esteiden merkitsemiseksi haastateltavalle annettiin eri väriset kynät. Tällä helpotettiin aineiston tulkintaa analyysivaiheessa.

Analysointi tapahtui sisällönanalyysin keinoin. Litteroitu aineisto käytiin läpi ja tutkimuskysymysten kannalta keskeiset asiat korostettiin. Korostetut asiat siirrettiin erillisiin tiedostoihin tutkimuskysymysten mukaan. Käsitteistö analyysia varten tuotiin useista eri informaatiotutkimuksen teorioista. Taulukossa 1 on esimerkkejä haastatteluissa ilmenneistä tiedonhankinnan tilanteista.

Taulukko 1. Tiedonhankinnan tilanteita McKenzien (2003, 26) mallin jaottelun mukaan.

Lainaus haastattelusta	Tiedonlähde	Tiedonhankinnan tapa
Kyllä mää aattelen että tää Google on ollu itelle ehkä se tärkein. Mielummin ite selvitän ensin ja sitte jos en tiää niin sitte kysyn. (H11)	Google	Aktiivinen etsintä
Sitten niinku, mä huomasin että mä en niinkään eti, mut mä vaan törmään niin paljo tietoon, kun mä kuuntelen tosi paljon esimerkiksi podcasteja ja semmosia ja siinä samassa perhanan podcastissa tulee aivan laidasta laitaan vieraita, niin siis mä yksinkertaisesti vaan törmään asioihin niinku youtubesta... (H3)	Podcastit	Aktiivinen seuranta
Ku mä aloin kokoamaan sitä tietopakettia, niin mä menin omakantaan ja sieltä luin ihan kaikki, ihan sieltä 2000-luvun lopusta asti, millon ne mun ensimmäiset tapaamiset oli kirjattu. Sit mä tajusin, että niissä on semmonen kirjain- ja numeroyhistelmät jotka liitetään aina diagnoosiin ja sit mä aloin niitä googlettelemaan ja löysin ihan hirveet listat sekä suomen- että englanninkielisenä, missä oli määritelty tosi tarkkaan, että mikä mikäki diagnoosi on... Niin se oli semmonen mitä mää en ollu ite tajunnu että niitä voi silläki tavalla ettiä. Ja sitte mää sieltä lääkärin kautta tavallaan vähä epäsuorasti löysin sen. (H7)	Lääkäri, Omakanta	Kohdentumaton havainnointi
Joo jaettiin ja pystyttiin samaistumaan ja oli vertaistukea tosi paljon. Ja sitte pysty jakamaan vinkkejä, että millä tavalla joku pärjää jonku kanssa. Mulla oli esimerkiksi jossain välissä semmonen, että mä en jaksanu käydä suihkussa. En jaksanu olla jaloillani niin kauan että olisin ehtiny käyä suihkussa. Niin sit joku mun kaveri sano että hällä ollu sama, että hän käy istualtaan suihkussa. Niin sitte alko jaksaa taas peseytyä vähä enemmän, ku hoksas että eihän mun tarvi olla jaloillaan siellä. (H8)	Kaveri	Informaation saaminen toisen henkilön kautta
No siis, mä sain kyllä ihan hyvin tietoa psykiatrilta ja psykologilta, että mistä siihen lähetään. Mut mä en oo oikeestaan ruvennu vielä kunnolla kättelemään. Jotain ne sano että Kelan sivuilta niitä löytyy, mut mä en oo menny ees sinne Kelan sivuille. Että ehkä jos vaan menis, niin kyllä kai ne sieltä löytyis... (H10)	Psykiatri, psykologi, Kela	Informaatiosta pidättäytyminen

5 TULOKSET

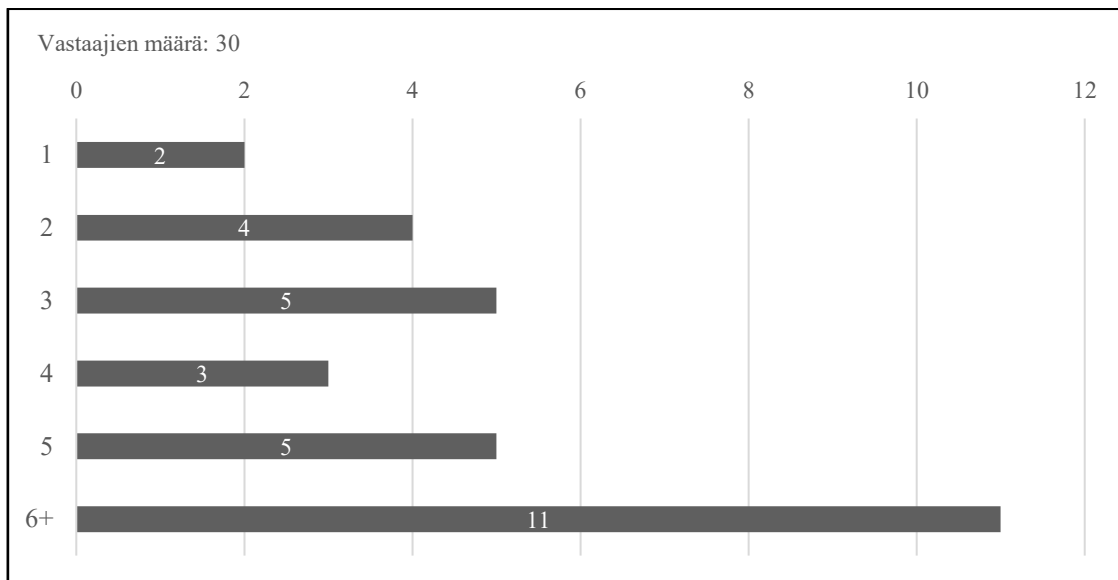
Tässä tutkimuksessa pyrittiin lisäämään tietämystä opiskelijoiden terveystietoinformaatio-käyttäytymisestä erityisesti mielenterveyden osalta ja selvittämään, minkälaista tiedonhankintaa opiskelijoilla ilmenee ennen kuin he hakeutuvat mielenterveyspalvelujen piiriin. Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä tiedonlähteitä opiskelijat käyttävät ennen mielenterveysongelmaan tarvittavan avun hakemista?
2. Mitä esteitä opiskelijoilla on mielenterveysongelmia koskevan avun hakemiselle?
3. Minkälaista mielenterveystiedon välttelyä opiskelijoilla ilmenee?
4. Mitkä ”kriittiset tapahtumat” (Flanagan 1954) johtavat avun hakemiseen?
5. Kuvaako ”välttelyn kierre” (Biddle ym. 2007, 988.) opiskelijoiden käyttäytymistä avun hakemisen tilanteessa?

Kunkin tutkimuskysymyksen tuloksia käsitellään omassa alaluvussa. Alaluvussa 5.1 käsitellään vastaajien taustatietoja, joita saatiin sekä kyselyn että haastattelujen kautta. Näihin tietoihin kuuluu myös haastateltavien kokema mielenterveyden oireilu. Seuraavassa alaluvussa 5.2 käsitellään haastattelun alussa esitetyt pohjatietokysymykset. Kysymyksillä kartoitettiin opiskelijoiden tietoja mielenterveysongelmista, mielenterveyspalveluista ja palveluiden hinnoista. Alaluku 5.3 keskittyy tiedonlähteisiin, joita opiskelijat olivat käyttäneet ennen avun hakemista. Alaluku 5.4 käsittelee avun hakemisen esteitä, sekä sivuaa myös tiedonhankinnan esteitä. Alaluvun 5.5 aiheena on mielenterveystiedon välttely. Alaluvussa 5.6 käsitellään niitä kriittisiä tapahtumia, joita seurasi avun hakeminen. Viimeisessä alaluvussa 5.7 tarkastellaan välttelyn kierteen mallia ja sen sopivuutta kuvaamaan opiskelijoiden avunhakemiskäyttäytymistä.

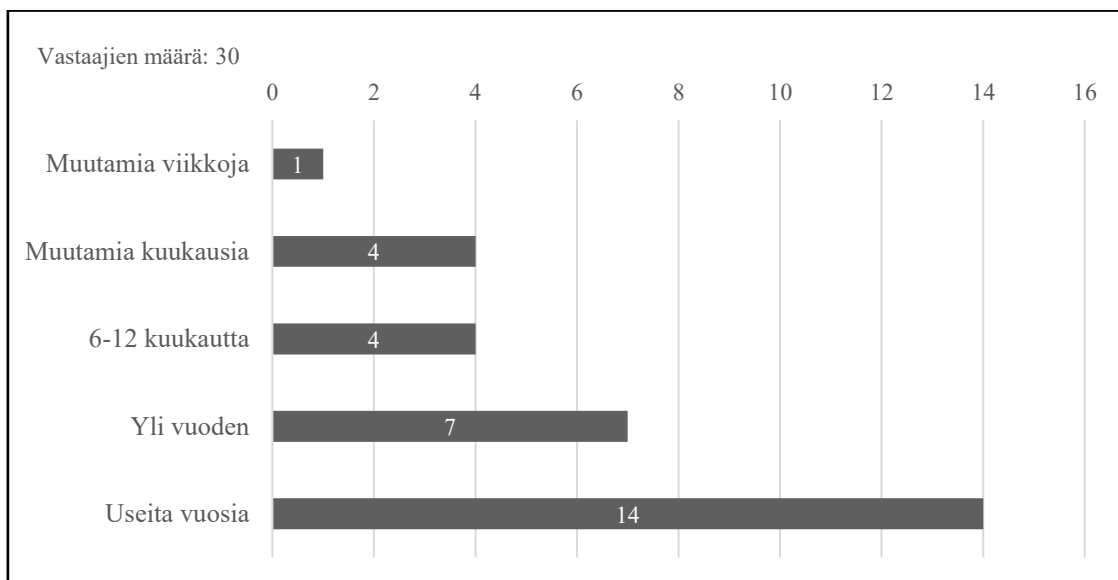
5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeeseen vastasi 30 henkilöä. Kyselyssä kysyttiin opintojen kestoa (kuvio 7). Opiskeluvuodet ensimmäisestä viidenteen saivat melko tasaisesti vastauksia kahdesta viiteen kappaletta. Kuudetta vuotta tai sitä pidempään opiskelleet muodostivat lähes kolmasosan vastaajista, yksitoista kappaletta. Se saattaa johtua useamman vuoden yhdistämisestä saman vastausvaihtoehdon alle, tai siitä, että opiskeluvaikeuksien takia viivästyneet opinnot voivat johtaa pidempiin opiskeluaikoihin.



Kuvio 7. Vastaajien opiskeluvuosi.

Kyselyssä kartoitettiin myös opiskeluvaikeuksien kestoa (kuvio 8). Vain yksi vastaaja valitsi kohdan ”muutamia viikkoja”. Muutamia kuukausia kestäneitä opiskeluvaikeuksia oli neljällä vastaajalla, samoin puolesta vuodesta vuoteen kestäviä. Seitsemän vastaajaa oli kokenut opiskeluvaikeuksia yli vuoden ja 14 vastaajaa useita vuosia.



Kuvio 8. Opiskeluvaikeuksien kesto

Kyselyyn vastanneista yksitoista haastateltiin ja heistä kymmenen haastattelut hyväksyttiin tutkimusaineistoksi. Haastateltavien ikä vaihteli välillä 21–33 vuotta,

keskiarvon ollessa 25,1 vuotta. Haastateltavat olivat kaikki perustutkinto-opiskelijoita kolmesta eri tiedekunnasta: humanistisesta (7), teknillisestä (2) ja luonnontieteellisestä tiedekunnasta (1). Opintojen kestossa oli laaja jakauma. Haastateltavien joukossa oli yksi toisen vuoden opiskelija, yksi seitsemännen ja yksi kahdeksannen vuoden opiskelija, sekä useita kolmannen, neljännen ja viidennen vuoden opiskelijoita.

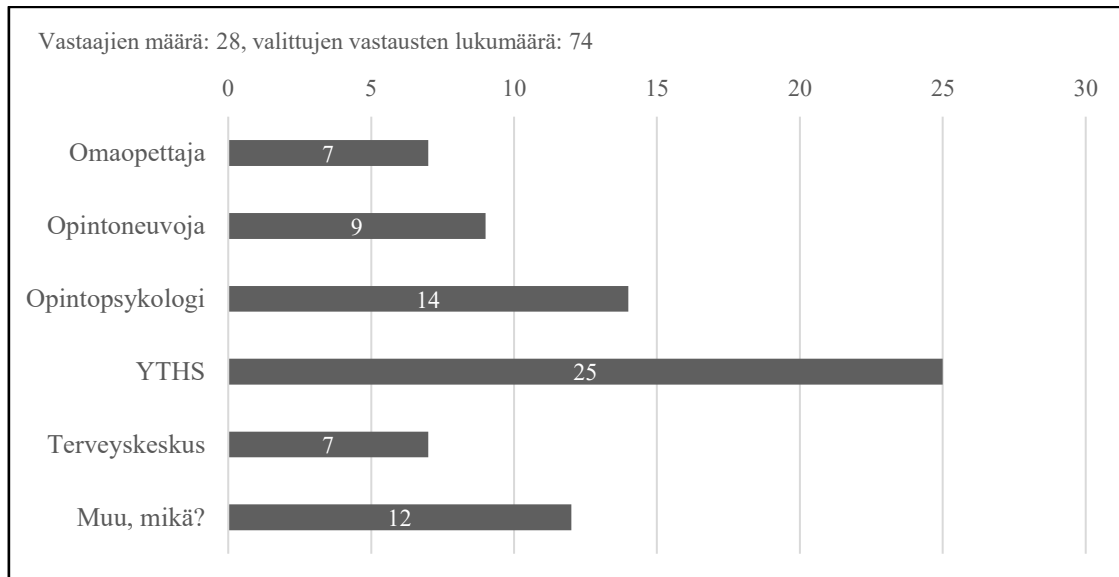
Haastateltavista kaikilla paitsi yhdellä oli masennusdiagnoosi. Muutama kärsi masennuksen lisäksi ahdistuneisuus- tai paniikkihäiriöstä. Yhdellä oli vakavia traumoja lapsuudesta. Haastateltavista puolet olivat käyneet aikaisemmin tai kävivät parhaillaan kuntouttavassa psykoterapiassa. Yksi kertoi kokeilleensa terapiaa ”joskus lukion jälkeen”, mutta se ei ollut toiminut hänelle. Muutamalle terapiasta oli puhuttu YTHS:n psykologikäynnillä, mutta syystä tai toisesta prosessi oli vielä kesken.

Se haastateltava, jolla ei ollut masennusdiagnoosia, ei itsekään kokenut olevansa masentunut. Hän kärsi opiskeluvaikeuksista ja elämänhallinnan ongelmista ja oli harkinnut hakevansa niihin apua YTHS:ltä.

Haastateltavien oireilu ilmeni monella eri tavalla. Yleisimpiä oireita olivat väsymys, voimattomuus, ärtyneisyys, keskittymisvaikeudet, unettomuus, sosiaalinen eristäytyminen ja mielialan lasku. Huolenpito itsestä ja kodista vaikeutui. Moni kuvaili alkaneensa vältellä opiskelua ja yliopistolla käyntiä. Toisilla opiskeluun ei ollut suurta vaikutusta. Myös aiemmin kiinnostaneet harrastukset, kuten liikunta ja musiikki, jäivät useammalla haastateltavalla pois. Osa vastaajista kärsi masennuksen lisäksi tai sen jälkeen ahdistuneisuushäiriöstä. Siihen kuului muun muassa paniikkikohtauksia ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa, sekä myös fyysisiä oireita kuten hikoilua, hengenahdistusta, kehon puutumista ja pistelyä. Mieliala kävi monella kovin synkkänä. Muutamalla vastaajalla masennusoireilu oli johtanut nuoruudessa viiltelyyn. Myös runsas alkoholin käyttö mainittiin itsetuhoisen käyttäytymisen yhteydessä. Harvinaisempia ilmi tulleita oireita olivat dissosiaatio ja puheen tuottamisen hankaloituminen.

Kyselylomakkeeseen vastanneet olivat olleet yhteyksissä moniin eri tahoihin (kuvio 9). Kysymykseen vastasi 28 henkilöä lomakkeen 30 vastaajasta ja valittuja vastauksia oli 74 kappaletta. Jokainen vastaaja vastasi siis keskimäärin 2-3 kohtaan. Ylivoimaisesti suosituin avun hakemisen kohde oli YTHS. Sinne oli hakeutunut noin 90 prosenttia vastaajista eli 25 henkilöä. Opintopsykologilla oli käynyt puolet vastaajista ja

opintoneuvojalla kolmannes. Omaopettajan apuun oli turvautunut joka neljäs vastaaja. Saman verran käännettiin myös terveystieteiden puoleen. Lisäksi avoimeen kenttään vastattiin useita kertoja OYS:in psykiatrisen poliklinikan ja yksityinen psykoterapeutti, muutamia kertoja työterveyslääkäri, ja yksittäisiä kertoja OYS, kriisikeskus, toimintaterapeutti, yliopistolehtori ja kaupungin mt-palvelut.



Kuvio 9. Avustavat tahot, joihin vastaajat olivat ottaneet yhteyttä.

Vastauksissa näkyy se, että apua haettiin usein monesta eri paikasta. Tämä käsitys sai vahvistusta myös haastattelujen myötä. Yksi lomakkeen vastaaja kirjoitti avoimeen kenttään: ”YTHS:ltä siirrettiin Oysin nuorisopsykiatrian poliklinikalle, ja nyt käyn psykoterapiassa.” YTHS toimii siis eräänlaisena välittäjänä eri tahojen kesken ja ohjaa opiskelijoita näiden tarvitsemien palvelujen pariin.

5.2 Pohjatiedot mielenterveysasioista

Haastattelun ensimmäisessä osiossa kartoitettiin haastateltavien pohjatietoja erilaisista mielenterveysasioista. Kysymyksillä haluttiin selvittää, tietävätkö haastateltavat, mitä erilaisia mielenterveyden häiriöitä on olemassa, millaisia oireita niillä on, mitä mielenterveyden palveluja heille on tarjolla ja mitä nämä palvelut maksavat. Haastateltavilta kysyttiin myös, tietävätkö he ihmisiä, joilla on mielenterveysongelmia.

Kysymyksillä oli tarkoitus myös johdattaa haastateltava pohtimaan haastattelun aihetta. Pohjatietokysymysten jälkeen haastattelussa siirryttiin henkilökohtaisempiin kysymyksiin.

Haastateltavilla oli monenlaisia tapoja jaotella mielenterveyden ongelmia. Useimman vastaajan puheissa ne määriteltiin kaksijakoisesti. Mielenterveyden häiriöt olivat esimerkiksi:

- aivojen kemialliseen epäbalanssiin liittyvää tai traumaperäistä
- psykoosinomaista tai masennuksen tapaista
- mielisairauksia tai mielialasairauksia
- perittyä tai olosuhteista riippuvaa
- henkistä tai fyysistä oireilua

Mielenterveys nähtiin yleisesti tärkeänä osana ihmisen hyvinvointia ja yhtenä osana laajempaa terveyden kokonaisuutta. Yksikään haastateltava ei vähätellyt mielenterveyttä tai pitänyt sitä vähemmän todellisena kuin muuta terveyttä. Moni ilmaisi pitävänsä positiivisena suuntauksena sitä, että mielenterveydestä puhumisesta on tullut yleisesti hyväksyttävämpää. Kukaan ei varsinaisesti puhunut ”oikeista” mielenterveyden häiriöistä viitatessaan vakavampiin häiriöihin, mutta vastauksista kävi ilmi monen ajatus siitä, että oman vähän epämääräisen tilanteen ja muiden vakavien mielenterveysongelmien välille pitää tehdä ero.

Mielenterveyspalveluista tiedettiin yleensä ne, mitä itse oli käytetty. Palveluista nimeltä mainittiin YTHS:n psykologit ja psykiatrit, yleislääkäri, työterveyslääkäri, Mielenterveyspoliklinikka, MTT, jolla viitattiin paikalliseen mielenterveystoimistoon, yksityiset terapeutit, Tyttöjen talo ja Byströmin tieto- ja neuvontakeskus Nappi. Yleisemmin mainittiin auttavat puhelimet, kriisikeskukset, julkisen ja yksityisen terveydenhuollon eri palvelut, sairaala ja vertaistuki.

Palvelujen hinnoista tiedettiin vaihtelevasti. Palveluja käyttämättömät viittasivat yksityisiin palveluihin ”aika hintavina”, mutta eivät osanneet arvioida tarkempaa summaa. YTHS ja julkiset palvelut arvioitiin edullisiksi tai ilmaisiksi. Vastaavasti ne, jotka olivat itse käyneet aikuisiällä terapiassa tai muissa mielenterveyspalveluissa, tiesivät hyvin tarkasti, mitä ne maksavat. Terapia koettiin yleisesti kalliiksi ja osa

vastaajista sanoi, ettei siihen olisikaan varaa. Myös osa terapiassa käyvistä sanoi, että vanhempien taloudellinen apu oli ainoa keino käydä terapiassa. Yksi vastaaja kuitenkin nosti esille yhteiskunnan velvollisuuden auttaa:

Mutta sitte koska oma äitini on ollu työkyvytön ja sillä on ollu meitä lapsia viis ja isä ei oo maksanu elareita, niin on tullu nämä yhteiskunnan tuet hyvin tutuiksi ja oon sillä lailla ollu aina hyvin tietonen siitä, että ihmiselle pitää jäädä näin ja näin monta euroa kuussa toimeentulotuen perusosalla viimeistään käteen.[...] Kyllä mää mietin monien opiskelijoidenki kannalta, että... No se ei oo mitään hauskaa se toimeentulotuen hakeminen mutta kyllä kannattais hakea sitä, eikä kärvistellä liian vähillä rahoilla. Kuitenki se on Suomessa oikeus ja minäki välillä nettikeskusteluissa aika kärkkäästi kirjotan siitä, ku joku sanoo, että ei oo varaa terapiaan. No kyllä mää oon sitä mieltä, että joka ikisellä tässä maassa on rahaa siihen terapiaan. (H11)

Kaikki vastaajat tiesivät lähipiiristä mielenterveysongelmaisia ihmisiä. Monilla se oli perheenjäsen tai seurustelukumppani, osalla ”kourallinen kavereita”. Kaikille vastaajille mielenterveyden ongelmat tuntuivat olevan aika normaali ja arkipäiväinen asia. Haastateltavat olivat melko yksimielisiä siitä, että mielenterveydestä puhutaan nykyään enemmän mediassa ja että esimerkiksi julkisuuden henkilöiden ulostulot omista mielenterveyden ongelmista ovat yleisiä. Moni nimesi jonkin julkisuuden henkilön, jonka tiesi puhuneen omasta mielenterveysongelmastaan. Haastateltavat kokivat, että lisääntynyt näkyvyys toi yleisesti hyväksyvemmän ilmapiirin, mutta mielenterveydenhoidon käytännön puoli, kuten palvelujen hinta, jäi edelleen epämääräiseksi.

5.3 Tiedonlähteet

Ensimmäinen tutkimuskysymys kartoittaa, mitä tiedonlähteitä opiskelijat käyttivät ennen avun hakemista. Kysymyksenasetteluun sisältyi oletus siitä, että avun hakemista edeltävä aika olisi tiedonhankinnan kannalta poikkeuksellista aikaa ja myös, että avun hakeminen on selkeä yksittäinen tapahtuma.

Tiedonhankinta jakautui vastauksissa kahdenlaiseen tapaan, passiiviseen ja aktiiviseen. Yleiskäsitys mielenterveysasioista saatiin passiivisesti havainnoimalla ympäristöstä.

Aktiivista tiedonhankintaa ilmeni siinä vaiheessa, kun omasta voinnista huolestuttiin ja apua päätettiin hakea. Silloin tiedonhankinta keskittyi hyvin konkreettisiin asioihin, kuten YTHS:n palveluihin tai terapeuttien yhteystietoihin. Passiivinen tiedonhankinta tapahtui seuraamalla mediaa, olemalla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, käymällä koulua ja havainnoimalla ympäristöä. Aktiivinen tiedonhankinta tapahtui netissä.

Henkilölähteet korostuivat tuloksissa odotusten mukaisesti. Perheenjäsenet, erityisesti äiti, ystävät ja seurustelukumppanit olivat tärkeitä tiedonlähteitä useimmille vastaajille. Ystäviltä saatiin usein vertaistukea. Haastateltavien keskuudessa oli yleistä, että ystäväpiirissä oli muitakin mielenterveyden kanssa oireilevia. Osa kertoi hakeutuneensa samanhenkiseen seuraan. Osa taas tunnisti oman oireilunsa vasta ystävän oireilun kautta. Keskustelut diagnooseista ja terapiassa käynnistä olivat muutamalle vastaajalle aivan normaali osa kaveripiirin kanssakäymistä.

Muistan ku mä kyselin just yheltä kaverilta, että ku se oli just alottanu terapian ja sit mä vähän niinku kyselin siitä, että miten se nyt menikään, että minkälaista siellä oli siellä YTHS:llä, että mitä ne siellä niinku tekee ennen ku pääsee terapiaan. Sit mä aloin niinku jotenki niinku ajatusleikkinä miettimään, että jos mä nyt menisin sinne vastaanotolle ja mä vastaisin kaikkeen niinku mun kuulumisiin, että miltä se kuulostais. Ja sitte ku mä kävin päässäni läpi niitä vastauksia, niin mää tajusin että eihän tää ehkä kuulosta hirveen hyvinvoivan ihmisen puheelta, että ehkä mun kannattaa hakea. (H6)

Vaikka vanhemmat olivat monelle jossain vaiheessa tärkeä tiedon ja tuen lähde, vanhempia myös suojeltiin liialliselta tiedolta. Moni vastaaja oli aluksi salannut oireiluaan ja avuntarvetta, koska ei halunnut huolestuttaa heitä. Oireilua salaamalla suojeltiin myös itseä vanhempien liialliselta ”hössötykseltä”. Toisaalta vanhempiin tukeuduttiin taloudellisissa asioissa, kuten terapian maksamisessa.

Netti oli luontevin tiedonhaun kanava. Viime vuosien aikana tapahtunut tiedonhankinta nojasi vahvasti Terveyskirjaston kaltaisiin palveluihin, joista saa luotettavaa suomenkielistä terveystietoa. Vastaajien lapsuudessa ja nuoruudessa tapahtunut nettitiedonhaku oli usein vähemmän luotettavaa. Silloin tukeuduttiin esimerkiksi erilaisiin oiretesteihin. Internetin keskustelupalstoilta haettiin vertaistukea sekä tietoa

toisten kokemuksista, esimerkiksi mielialalääkkeitä koskien. Vastaajilla H7 ja H9 oli samankaltaisia kokemuksia:

Et varmaan mun päälähde oli joku Wikipedia ja mä en sielläkään käynyt kattoon että mitä lähteitä sinne Wikipediaan oli listattu. Mua ei siinä vaiheessa kiinnostanu se, että miten luotettavaa se tieto on. Ja mää menin niinku sanoin myös semmosiin huuhaakyselyihin kans. Semmosia mikä sun sielueläin on tai jotaki semmosia. Mutta sitte myös semmosia että mitä mielenterveyden oireita sulla on. (H7)

No, kyllä ite kokee, että... varsinki sitte ku on lähteny hakemaan yliopistoikäsenä sitä tietoa, niin kaikkea lähdekritiikkiä ja tämmöstä on jankutettu niin paljon ja sitte ku on... Ku netistähän sitä lähetään pääsääntöisesti hakemaan, niin siinä vaiheessa ku kokemusta on ala-asteelta asti siitä netin käytöstä ja siellä olemisesta, niin osaa suodattaa sieltä semmoset luotettavat lähteet. Veikkaan että joskus yläasteella saattoi luottaa johonki epäammattimaisempiin testeihin, että onko minulla masennus... (H9)

Sosiaalisen median palveluista nimeltä mainittiin Instagram, Youtube, Twitter, Jodel, Irc-galleria ja Tumblr. Tietoa saatiin myös podcasteista. Yksi vastaaja kertoi kiinnittävänsä paljon huomiota siihen, että seuraa vain luotettavia somevaikuttajia, jotka pohjaavat väitteensä tutkittuun tietoon.

Sit ku mää olin jo ollu yliopistolla niin mulle oli tosi tärkeää että ne videot joita mä katoisin esimerkiksi youtubessa tai ne postaukset mitä mä näin jossain twitterissä tai muualla, et niihin varsinki se systeemi mitä mä seurasin youtubessa, se jolla oli se dissosiaatioidentiteetti-häiriö, niin se oli listannu sinne kaikki ne tutkimukset ja vertaisarvioidut lähteet, et mistä hän puhuu. (H7)

Sama sosiaalisen median palvelu saatettiin kokea hyvin eri tavoilla. Yksi vastaaja kuvaili nuoruudessaan käyttämänsä Tumblr-somepalvelun ilmapiiriä masennusta ja itsetuhoisuutta romantisoivana. Toinen taas kertoi löytäneensä sieltä paljon keskustelukavereita ja vertaistukea.

Kyllä mää varmaan paljon googlailin. Netissä ku pyörii, niin aika helposti pääsee kaikkialle missä keskustellaan, että on kaikenlaisia ongelmia...(H9)

Sosiaalinen media toimi toisaalta tiedonlähteenä ja vertaistukena, mutta toisaalta taas oireita normalisoivana tekijänä. Moni vastaaja koki, että mielenterveysasioiden näkyvyys mediassa teki avun hakemisesta hyväksyttävämpää. Ongelmia ei tarvinnut enää hävetä niin paljon, ja omalle pahalle ololle löytyi nimi. Toisaalta oireilun yleisyys aiheutti myös vastareaktion, jossa omaa oireilua ei koettu riittävän vakavaksi, jotta apua olisi ollut hyväksyttävää hakea. Erään haastateltavan sanoin:

Ja sitte ku siitä on tullu avoimesti keskusteltava asia, niin sitte tulee sellanen et alkaa miettiin myös sitä, että onko mun ongelmat niin isoja, että tarvii päästä johonki. Että sillä ja sillä on enemmän huolia ja ongelmia ja isommasti... Sitä alkaa vertaamaan sitä omaa oloa muihin ja siihen mitä tietää niitten jutuista ja sitte on silleen että no emmä tiä tarviinks mää. No sekään ei käy, niin tarviiks mun. Tai sitte että no se ei oo päässy nii onks nyt oikein että mää pääsisin. (H9)

Julkisuuden henkilöiden mielenterveysongelmat ja niiden näkyminen mediassa oli useimmille vastaajille jossain määrin tuttua, mutta sitä ei koettu oman tilanteen kannalta tärkeäksi. Yleinen mielipide haastateltavien keskuudessa oli, että on laajemman yhteiskunnallisen keskustelun kannalta hyödyllistä, että julkisuuden henkilöt antavat kasvot mielenterveyden kanssa oireilulle. Sen koettiin vähentävän stigmaa ja lisäävän hyväksyntää. Sen ei kuitenkaan koettu lisäävän konkreettista tietoa esimerkiksi mielenterveyspalveluista. Yksi vastaaja kuvaili kuvitteellista tilannetta, jossa kuuluisa muusikko kertoo käyvänsä terapiassa, ja totesi, että se ei tuo terapiassa käymistä tavallista ihmistä lähemmäksi, sillä julkisuuden henkilöillä olettaakin olevan varaa terapiaan. Toinen haastateltava toi esille huomion, että usein julkisuuden henkilöiden mielenterveysongelmat tulevat julki vasta henkilön kuoleman jälkeen.

Perinteisten ”julkisten” sijaan moni vastaaja seurasi sosiaalisessa mediassa henkilöitä, jotka puhuivat omista kokemuksistaan mielenterveyden häiriöiden, esimerkiksi syömishäiriön tai dissosiativisen identiteettihäiriön, kanssa. Heidän antama tieto koettiin enemmän vertaistuen kaltaiseksi.

Omat oireet olivat yleisin syy mielenterveyden häiriön tunnistamiseen. Viime aikoina on alettu puhua kehollisesta informaatiosta, eli niistä oireista ja tuntemuksista, mitä oma elimistö tuottaa (St Jean, Jindal & Chan 2018). Esimerkiksi kipu on kehollista informaatiota ja sen avulla voidaan tunnistaa vaiva tai sairaus. Oma keho toimi siis

tavallaan tiedonlähteenä. Useampi haastateltava mainitsi ohi menneen, että välttelee tekemästä itsediagnoosia. Sitä tunnuttiin pidettävän sopimattomana, typeränä ja ehkä jopa huvittavana tapana määritellä omaa terveyttä. Terveysthoidon ammattilaiselta saadulla diagnoosilla oli suurta painoarvoa vastaajien puheissa. On kuitenkin huomioitava, että päästäkseen diagnosoitavaksi, sinne on ensin itse osattava hakeutua ja se vaatii jonkin verran omien oireiden tutkiskelua. Itsediagnoosoinnin välttelyllä haluttiin ehkä välttyä leimaantumasta luulosairaaksi, kuten Biddlen ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa.

5.4 Tiedonhankinnan ja avun hakemisen esteet

Toisessa tutkimuskysymyksessä etsitään esteitä avun hakemiselle. Haastattelussa päädyttiin kuitenkin kysymään myös kysymyksiä, jotka koskivat tiedonhankinnan esteitä. Osittain esteet olivat päällekkäisiä. Tiedonhankinnan esteitä olivat omien oireiden tunnistamattomuus ja vaikeaselkoiset tiedonlähteet.

Aineistosta nousi esille joukko erilaisia avun hakemisen esteitä. Keskeisimpiä esteitä olivat resurssien puute, epätietoisuus, huonot kokemukset, pelätyt seuraukset ja oman avun tarpeen vähättely. Myös läheiset ihmiset saattoivat toimia avun hakemista estävänä tekijänä.

Resurssien puute oli yleensä väliaikainen este. Siinä oli yleensä kyse vastaajan henkisistä voimavaroista, eikä niinkään taloudellisista. Myös ajan puute lykkäsi avun hakemista. Avun hakija oli saattanut esimerkiksi käydä YTHS:llä psykologin luona ja puhua psykoterapian aloittamisesta. Mutta kun tuli aika aloittaa yksityisen terapeutin etsiminen, sitä viivyteltiin, koska se koettiin niin työlääksi prosessiksi.

Epätietoisuus ilmeni monella tavoin. Avun tarvetta ei välttämättä tiedostettu aluksi ollenkaan. Omia oireita ei tunnistettu suoraan mielenterveyden oireiluksi ja kesti aikaa, ennen kuin epäily heräsi. Epätietoisuus esti myös tiedonhankinnan. H6 ja H8 puhuivat molemmat samasta ongelmasta:

Kyllä mä sen jo talvella huomasin, että mä oon tosi stressaantunu ja jotenki aika, emmätiä, mä oon aina ollu tosi rauhallinen ihminen, mutta sillon mulla oli jatkuvasti hermot aika kireällä ja menetin malttini muutaman kerran, mikä on

tosi epätavallista itelle, mutta ei sitä sillon vielä silleen osannu tajuta, että mistä tää johtuu. (H6)

Ja tuohon tiedon puutteeseen ehkä liittyy se et ei oo niinku termejä omalle voinnille. Et ahdistaa, mut ei oikein tiää että mikä tunne määritellään ahdistukseksi. Sitä ei oo vielä osannu tuossa alussa sanoa, että ei saa henkee ja on levoton ja käet tärisee ja ajatukset juoksee mut et mikä tunne tää on. (H8)

Toisaalta epätietoisuus saattoi liittyä palvelujen saatavuuteen. Palveluista ei oltu tietoisia ollenkaan, tai olemassa olevat palvelut tuntuivat vaikeasti saavutettavilta. H2 puhui YTHS:n sivuilla kuvatusta hoidon tarpeen arvioinnista:

Tuntuu hirveen jotenki tämmöseltä tosi byrokraattiselta melkeinpä se, että pitää mennä kaikkien niiden asteiden läpi silleen, että pääsee johonki, ku ei silleen hirveen paljon kuitenkaan vaatis että jos vaikka... Mulle on ihan sama että onko psykologi vai psykoterapeutti tai joku, että jonku kanssa ehkä vaan keskustella jostaki. Se on vähä tekijä, joka saa vähä niinku luovuttamaan sen suhteen... (H2)

Monen vastaajan oireilu oli alkanut jo peruskoulussa. Silloin omat oireet sivuutettiin helposti murrosiän kipuiluna. Peruskoulusta jääneet mielikuvat kulkivat mukana myös toiselle asteelle. H3 huolestui lukion kolmannella oireilustaan ja hakeutui kuraattorille. Siihen asti kuraattoria ei ollut mielletty avun lähteeksi:

...mut siis siinä vaiheessa vasta otin selvää, lukion viimesenä vuonna otin selvää, että kuraattorille esimerkiksi voi mennä... Mulla ei ollu ongelmia koskaan ala- ja yläasteella, tai no ala-astella, ei ollu mitään ongelmaa nii ei sitä kautta saanu tietääkään että mistä saa apua. Että kuraattori oli se juttu mihin se tyyppi joka lyö jotain toista skidiä turpaan, niin sitte mentiin kuraattorille. Et se kuraattori oli semmonen rangaistus eikä semmonen että sinne mennään hakemaan apua. (H3)

Yksi merkittävä este avun hakemiselle olivat aiemmat huonot kokemukset avun hakemisesta. Muutamalle vastaajalle oli kertynyt monta huonoa kokemusta terveydenhuollosta. Varattuja aikoja oli tuplabuukattu ja peruttu, lähetteitä unohdettu ja luvattuja jatkotutkimuksia ei koskaan kuulunutkaan. Katkenneen hoitosuhteen uudelleen aloittaminen koettiin hyvin vaikeaksi:

...mä muistan ku lukiossa hain apua ja mä menin, mä kävin terapiassa kahesta neljään kuukautta... se oli semmonen että mä kerran viikossa kävin siellä juttelemassa... Nii sitte se josaki välissä kun mulla oli vähä parempi päivä ja mä sanoin että nyt mulla on mennyt ihan hyvin tää viikko, niin sitte se sano että tehdäänkö niin että soitat sitte jos tarvit apua, niin nyt ei tarvi enää tulla tänne näihin tapaamisiin. Niin sitte mä siinäki aattelin, että ai tääkään ei halua nähdä mua tämä terapeutti, että ei sitte. Ja sit mä en koskaan mennyt sinne takasin. (H7)

H1 oli kokenut edellä mainittuja huonoja terveydenhuollon kokemuksia. Hän vertasi muita palveluita YTHS:n psykologikäynteihin ja totesi ne toimivammiksi:

Psykologitapaamiset oli hyvin tehtyjä, koska se sovittiin aina se seuraava aika sitten siellä paikan päällä niin ei tarvinnu sitten tehdä sitä ite. Koska se ite kaiken tekeminen oli se kaikkein vaikein asia, tai minkään tekeminen. (H1)

Pelättyjä seurauksia oli esimerkiksi lääkityksen aloittamiseen liittyvät huolet. Useammalla vastaajalla oli ollut lääkkeisiin liittyvää epävarmuutta, ennen lääkityksen aloitusta. Mutta kuten alla olevasta sitaatista näkee, pelko oli väliaikainen:

...mä muistan ku mulle sanottiin että ku ensimmäisen kerran ottaa tosissaan psykyenlääkkeitä, niin sitte ku masennus tuntuu olevan ohi, nii se on noin puol vuotta siitä, mikä pitää jatkaa niiden lääkkeiden ottamista. Ja sitte ku se toisen kerran jos tapahtuu, nii se on kaks vuotta... Ja mä mietin sitä, nytenki ku mä aloitin lääkityksen. Mutta sitte ku lääke itessään tuli kysymykseen, nii mua ei enää haitannu se asia ollenkaan, sen verran et mä unohdin kokonaan kysyä tästä aiheesta että olikse nyt näin. Mä mietin että kannattaako mun ottaa lääkkeitä, jos mun pitää kaks vuotta ekstra ottaa niitä, mutta sitte siinä ite tilanteessa mä kokonaan unohdin asian, eikä se nytenkään, mä itse asiassa vasta nyt muistin sen. (H3)

Omien oireiden vähättelyä ilmeni useimmilla vastaajilla oireiden alkuvaiheessa. Oli tyypillistä, että oireita pidettiin väliaikaisena stressireaktiona tai vaikkapa murrosiän kipuiluna. Moni havahtui oireiden vakavuuteen vasta kuormittavan elämäntilanteen mentyä ohi.

Ku musta tuntu että aikasemmin ku sitä kiusaamista tapahtu ja se oli jokapäivästä niin mä jouduin aina kamppailemaan sen päivän läpi ja sit heti ku mä pääsin koulusta kotiin mä aloin jo valmistautua seuraavaan päivään, että mitä huomenna tapahtuu, mitä jos ne huomennaki tekee tai sanoo jotain. Et mulla meni kaikki aika siihen, että mä siinä hetkessä yritin puskee eteenpäin. Ja sen jälkeen ku mä vaihdoin koulua, [koulun remontti] ja sattumalta olin kesällä tutustunu yhteen tyttöön joka kävi sitä koulua, niin mä menin sitte niiden kaveriporukkaan ja mulla oli semmonen [huokaus]hetki, että nyt mä saan levähtää ja hengähtää ja siinä hetkessä mä tajusin että voi paska, vähänpö mää oon varmaan masentunu. Että siinä vaiheessa vasta, että vaikka niitä oireita oli jo aikasemmin, niin joskus kasiluokalla tajusin sen. Et siinä vaiheessa hoksasin että tää ei oo ihan normaalia. (H7)

Läheiset ihmiset olivat usein kannustamassa avun hakemiseen, mutta toisinaan he myös estivät avun hakemista. Avun tarpeen vähättely saattoi viivyttää avun hakemista. Se ei kuitenkaan estänyt sitä kokonaan.

5.5 Mielenterveyttä koskevan tiedon välttely

Varsinaista tiedon välttelyä ei ilmennyt haastateltavien kertomuksissa. Osa innostui hakemaan tietoa omista oireistaan tai diagnosoidusta häiriöstään avun hakemisen jälkeen. Osa taas ei kokenut sitä tarpeelliseksi. Avun hakemista edeltävänä aikana tyypillistä käyttäytymistä oli oireiden googlaus ja masennustestien tekeminen, YTHS:n yhteystietojen selvittely ja keskustelut läheisten ihmisten kanssa.

Muutama valitsi olla hakematta tietoa terapiasta, hoidosta, omasta diagnoosista, koska koki että se on hoitoa tarjoavan tahon asia, eikä kuulu heille. Heillä ei ollut voimia eikä kiinnostusta ryhtyä selvittämään, mitä oma diagnoosi ja siitä seurannut hoito pitää sisällään.

Valikoiva tiedonlähteiden seuraaminen ilmeni vastaajan H4 tapauksessa. Hän kertoi, että ei seuraa julkisuuden henkilöiden tekemisiä, ja siten ei ollut tietoinen kenestäkään mielenterveysongelmaisesta julkisuuden henkilöstä. Tässä tapauksessa tiedon välttely ei ollut suoranaista terveystiedon välttelyä, mutta sillä oli vaikutusta myös saatuun terveystiedon määrään.

5.6 Avun hakemiseen johtavat kriittiset tapahtumat

Tutkimuksessa tunnistettiin 15 positiivista kriittistä tapahtumaa. Positiivisia kriittisiä tapahtumia olivat sellaiset, jotka johtivat avun hakemiseen. Aineistosta oli tunnistettavissa myös negatiivisia kriittisiä tapahtumia. Ne olivat tapahtumia, joilla oli selkeästi avun hakemista estävä tai viivästyttävä vaikutus.

Avun hakeminen määriteltiin tutkimuksen alussa koskemaan monia eri avustavia tahoja omaopettajasta psykoterapeuttiin, mutta käytännössä lähes kaikki haastateltavat olivat hakenet apua YTHS:ltä ja saaneet masennusdiagnoosin. Heistä monella oli diagnosoitu yksi tai useampi mielenterveydenhäiriö jo ennen yliopistolle tuloa. Kymmenestä haastateltavasta vain yksi ei ollut hakenut apua ollenkaan. Hänen opiskeluvaikeutensa olivat hyvin samankaltaisia kuin muilla haastatelluilla. Hän ei kokenut olevansa masentunut, mutta kertoi haluavansa jonkinlaista keskusteluapua.

Avun hakemiseen johtavat kriittiset tapahtumat voitiin jakaa viiteen kategoriaan. Niitä olivat omien oireiden tunnistaminen, toisen ihmisen väliintulo, muut terveysongelmat, traumaattiset kokemukset ja suunnitelmallinen avun hakeminen. Taulukossa 2 on nostettu esimerkkejä tutkimuksessa tunnistetuista kriittisistä tapahtumista.

Yleisintä oli omien oireiden tunnistaminen ja siitä johtuva avun hakeminen. Ennakkoletuksista poiketen opiskelijat tunnistivat masennuksen oireet itsestään melko hyvin ja osa heistä haki myös apua nopeasti. Oireilu tunnistettiin usein loma-aikoina, kun erityisen kuormittava opiskelujakso oli saatu päätökseen. Monen kohdalla nimenomaan ensimmäinen opiskeluvuosi tai -syksy herätti avun tarpeen.

Taulukko 2. Kriittiset tapahtumat jaettuna kategorioihin.

Lainaus haastattelusta	Kriittinen tapahtuma	Kategoria
No joo, mää muistan ku mietin tuota joku yö että... jos tota, jos tästä nyt ei tilanne ollenkaan parane niin tässä varmaan kuolee kohta, nii sitte olin että no ehkä se voi olla syy hakea apua, jos vaihtoehtona on se että kuolee.	Synkät ajatukset	Omien oireiden tunnistaminen
Joo, ekalla kerralla se oli se että miksen tajua, miksen osaa lukea vedestä, että sillä on kolme olomuotoa. Helvetti..	Keskittymisvaikeudet	Muut terveysongelmat
No ehkä vois kattoo, tai silleen miettii että ehkä se kriisi ois sitte ollu se että niitä poissaoloja alko tulla... Että se oli se vaikeus selvitä opiskeluista, että se oli se kriisi sitten.	Opiskeluvaikeudet	Omien oireiden tunnistaminen
kävin sen ajatusleikin päässä että oon siellä vastaanotolla ja vastailin kysymyksiin ja siinä mää mietin että okei, varmaan mun kannattais soittaa [...]jäin kahen kesken yhen semmosen kaverin kanssa ketä en ollu nähny puoleen vuoteen ja se kysy välittömästi että onko sulla kaikki hyvin, että sä oot ihan haamu itestäs. Ja sitte mä niinku muserruin siihen paikkaan ihan täysin itkuun, et siinä se lävähti täysillä kasvoille, että okei nyt mä tiän varmasti että mun kannattaa ottaa yhteyttä tänne.	Omien oireiden tunnistaminen ja keskustelu kaverin kanssa	Omien oireiden tunnistaminen, toisen ihmisen väliintulo
Musta tuntuu että semmonen kriisitekiä on ollu silloin ensimmäisen vuoden syyslukukauden lopussa, joka sit ajo mut siihen että mun on pakko tehdä asialle jotain. Et se oli just silloin ku mulle tuli se ensimmäinen burnoutti ja semmonen pitempi sairasloma.	Loppuunpalaminen	Omien oireiden tunnistaminen
No se oli se, mulla oli siis lukion viimesellä vuodella, abi-vuodella tosi tosi huono parisuhde, et se ei ollu yhtään terve suhde ja mää olin ite aivan pulassa siinä, ja niinku henkisesti pahoinpidelty tyttöystävä. Niin siinä vaiheessa ku mä pääsin siitä tilanteesta pois ja mä sain erottua siitä mun kumppanista. Niin siinä vaiheessa tuli semmonen että nyt on se hetki, tämä asia mun pitää käsitellä jonku ammattilaisen kanssa. Niin se oli ehkä tää mun kriisi silloin.	Erotilanne, henkisen väkivallan kokemukset	Traumaattiset kokemukset
No yläasteella se oli just se paniikkikohtaus, mikä tuli kesken koulupäivän. Ja se tarjottiin suoraan, mut vietiin terkkarille ja terkkari sano että jääppä tuohon istumaan ja juttele tuolle psykologille ja psykologi varas mulle ajan. Et siinä pääsi kynnyksen yli ku se tavallaan nykästiin pois. En osaa sanoa mikä lukiossa on kannustanu silloin tällön menemään sinne hakeutumaan...	Paniikkikohtaus, opettajan ja terveydenhoitajan väliintulo	Toisen ihmisen väliintulo
Niin just se ku käytiin [äidin kanssa] keskustelu ja vihdoinkin laitoin sitte viestiä YTHS:lle, että saisko jotain apua.	Keskustelu äidin kanssa	Toisen ihmisen väliintulo
No varmaan ne sen [viimeisen oikeudenkäynnin] jälkeiset ajat sitten. Siinä kevään mittaa tuli se että mää en hae kesätöitä ja en tee kesäopintoja...	Uupumus, traumaattiset kokemukset	Omien oireiden tunnistaminen, traumaattiset kokemukset

Toiseksi yleisintä oli avun hakeminen toisen ihmisen kehotuksesta. Tyypillistä oli, että haastateltava oli itse jo pohdiskellut avun hakemista ja keskustelu läheisen kanssa vahvisti päätöksen. Tässä aineistossa avun hakemista ehdottavia läheisiä olivat äiti, ystävä tai seurustelukumppani. Niillä, joilla oireilu oli alkanut jo lapsena, ja jotka pääsivät jo silloin jonkinlaisen hoidon piiriin, sinne ohjannut henkilö oli opettaja, kouluterveydenhoitaja tai vanhempi.

Kasiluokalla mut sitte ohjattiin, ku mä sain koulussa paniikkikohtauksen, niin juttelemaan psykologille. Ja sen jälkeen mä oon itse asiassa aina hakeutunu sitte aina ku on tullu huonompia hetkiä. (H9)

Useampi haastateltava kertoi hakeneensa apua alun perin muihin vaivoihin, esimerkiksi keskittymisvaikeuksiin tai uniongelmiin. Heilläkin oli usein epäily mahdollisesta masennuksesta. Yksi haastateltava kertoi hakeneensa mieluummin apua väsymykseen, koska se ei ollut ”hänen vikansa”.

Joissakin tapauksissa opiskelun aloittaminen ja niin ollen YTHS:n piiriin pääseminen oli tapahtuma, joka mahdollisti avun hakemisen. Näissä tapauksissa avun tarve oli tiedostettu jo pitempään. Tätä voisi nimittää suunnitelmalliseksi avun hakemiseksi. Osa haki YTHS:lle jatkaakseen aiemmin aloitettua ja kesken jäänyttä hoitoa. Seuraavasta katkelmasta voi nähdä, että avun hakeminen oli useamman tekijän summa.

Siinä vaiheessa, ku oli kaikista vaikeinta, silloin kaverit saatto sanoa, että kantsii hakee apua. Ja mää siinä vaiheessa tiesin, että mää aion hakea yliopistoon heti suoraan lukiodista, niin jos mä pääsen yliopistoon niin mä haen heti ekana syksynä YTHS:lle. Jos mä en pääse yliopistoon niin sit mä haen julkiselta. Mulla oli niinku itseni kanssa tällanen sopimus, et mä ootan sen että mä pääsen tai en pääse yliopistoon ja sit mä tiän mistä mun pitää seuraavaksi hakea apua... Et mulla oli tosiaan isosisko jo yliopistossa opiskellu pari vuotta ennen ku mää tulin sisään, niin sitä kautta tiesin että YTHS:llä pääsee vähä ehkä helpommin ku mitä julkisella. (H8)

Muutaman kohdalla avun hakemiseen herätti traumaattinen kokemus. Onnettomuudet, väkivallan kokemukset ja vaikean parisuhteen päättyminen olivat tapahtumia, jotka

johtivat avun hakemiseen. Näissäkin tapauksissa haastateltavat olivat itse jo harkinneet avun hakemista tai olleet hoitosuhteessa aiemman mielenterveysoireilun takia.

Negatiivisiksi kriittisiksi tapahtumiksi voidaan määritellä usean vastaajan kokemat huonot kokemukset avun hakemisesta. Näitä samoja kokemuksia käsiteltiin myös avun hakemisen esteinä luvussa 5.4. Moni oli saanut osakseen väheksyvää kohtelua hoitohenkilökunnan puolelta. Myös huolimattomuus, kuten vastaanottoaikojen päällekkäiset varaukset ja kirjoittamatta jääneet läheteet, vähensivät haastateltavien halukkuutta hakea apua uudestaan. Lyhyempien hoitosuhteiden päättyminen johti useamman kohdalla siihen, että oireilun palattua apua ei haettu uudestaan. Muita avun hakemista estäviä kriittisiä tapahtumia olivat läheisen ihmisen väheksyvä suhtautuminen ja avunhakemisprosessiin tutustuminen ja sen kokeminen liian monimutkaiseksi. Yhdessä tapauksessa haastateltavalla oli perusteltu syy uskoa, että mielenterveyspalvelujen käyttöä olisi voitu käyttää häntä vastaan oikeudenkäynnissä ja viivytti siksi avun hakemista, kunnes oikeudenkäynti oli ohi.

Että en mää tiää, jos mää oisin alottanu sen terapian vaikka vuonna 2009, niin mää en tiää oisko siitä ollu sillä lailla hyötyä, koska ne asiat oli vielä... Ku mää asuin siellä kotipaikkakunnalla ja asuin vielä kotona, niin ne asiat oli vielä... päällä se tilanne. Että se ois ollu hankala alkaa siinä sitte niitä käsittelemään. Kyllä mää aattelen että se oli omasta näkökulmasta ensimmäinen kerta, millon se ois ollu realistista hakea sitä apua. (H11)

5.7 Välttelyn kierre

Haastattelun lopuksi haastateltaville esiteltiin välttelyn kierteen malli (kuvio 6). Haastattelija näytti kuvan mallista ja selitti auki mallin periaatteen. Sitten haastateltavaa pyydettiin kertomaan oma ensivaikutelmansa mallista ja pohdiskelemaan, vastaako malli haastateltavan omaa avunhakemistilannetta. Haastateltavaa pyydettiin sijoittamaan malliin itsensä, käyttämänsä tiedonlähteet sekä avun hakemista mahdollisesti vaikeuttaneet esteet.

Moni haastateltava samastui mallissa kohtaan: ”toistuvat yritykset ”tulla toimeen” ja normalisoida yhä vakavampaa ahdinkoa”. Useimman haastateltavan kohdalla avun hakemista oli edeltänyt kausi, jonka aikana odoteltiin, josko oireet menisivätkin itsestään

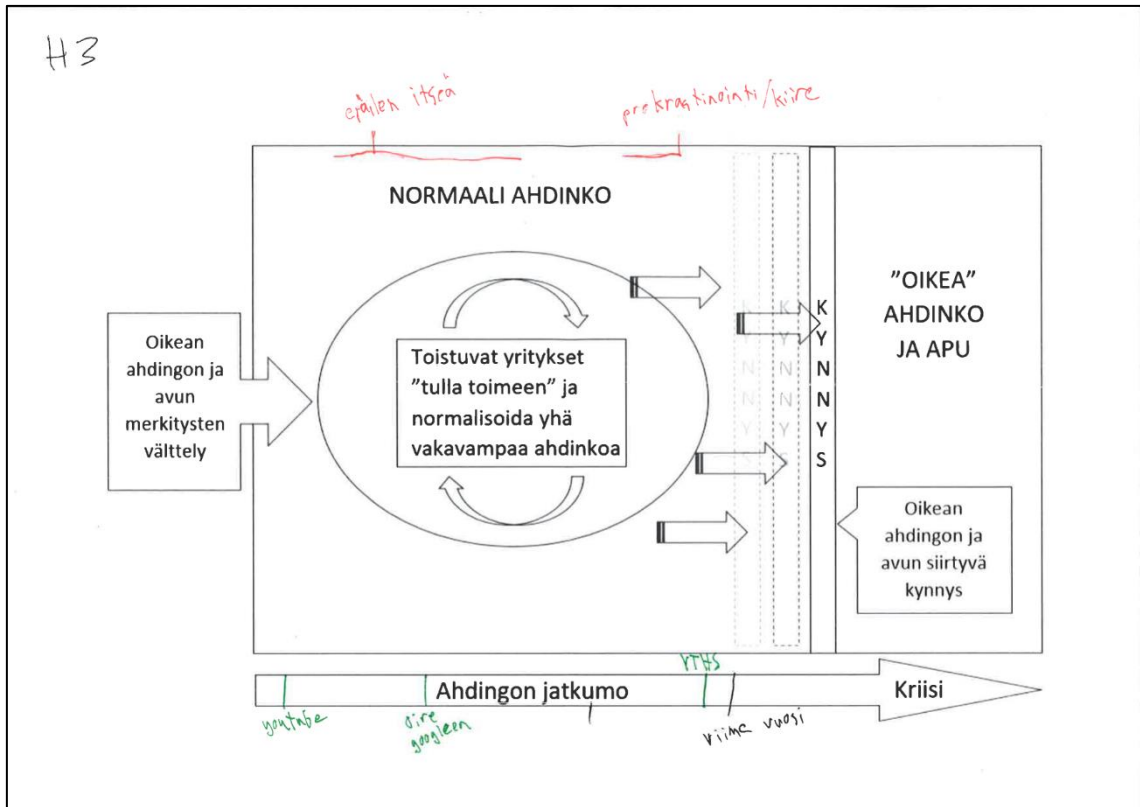
ohi. Pitkäkestoisesta, kausittaisesta masennuksesta kärsivillä tutkimushenkilöillä se oli vieläpä aika toimiva keino, sillä olo todella parani aina kausittain. Se ei kuitenkaan ollut kestävä, sillä masennus palasi aina takaisin. Nekin, jotka olivat jo päättäneet hakea apua, saattoivat viivytellä asian kanssa käytännön syistä. He saattoivat esimerkiksi odottaa, että kiireinen aika opiskelussa menee ohi, tai että uuden opiskelupaikan myötä pääsee parempien terveyspalvelujen piiriin.

Vieraammaksi koettiin mallissa käytetty ”ahdinko”-termi, joka oli tutkijan oma käänнос alkuperäisestä ”distress”-termistä. Ahdinko ei aivan vastannut monen haastateltavan mielikuvaa omasta olotilasta. Sekaannusta aiheutti myös kriisin sijoittuminen mallissa kynnyksen oikealle puolelle, samalle puolelle oikean ahdingon ja avun kanssa. Avun hakeminen ja sen saaminen koettiin usein helpottavaksi asiaksi, ja siksi mallin kriisi-kohta tuntui vieraalta. Harva haastateltavista koki koskaan olleensa kriisissä.

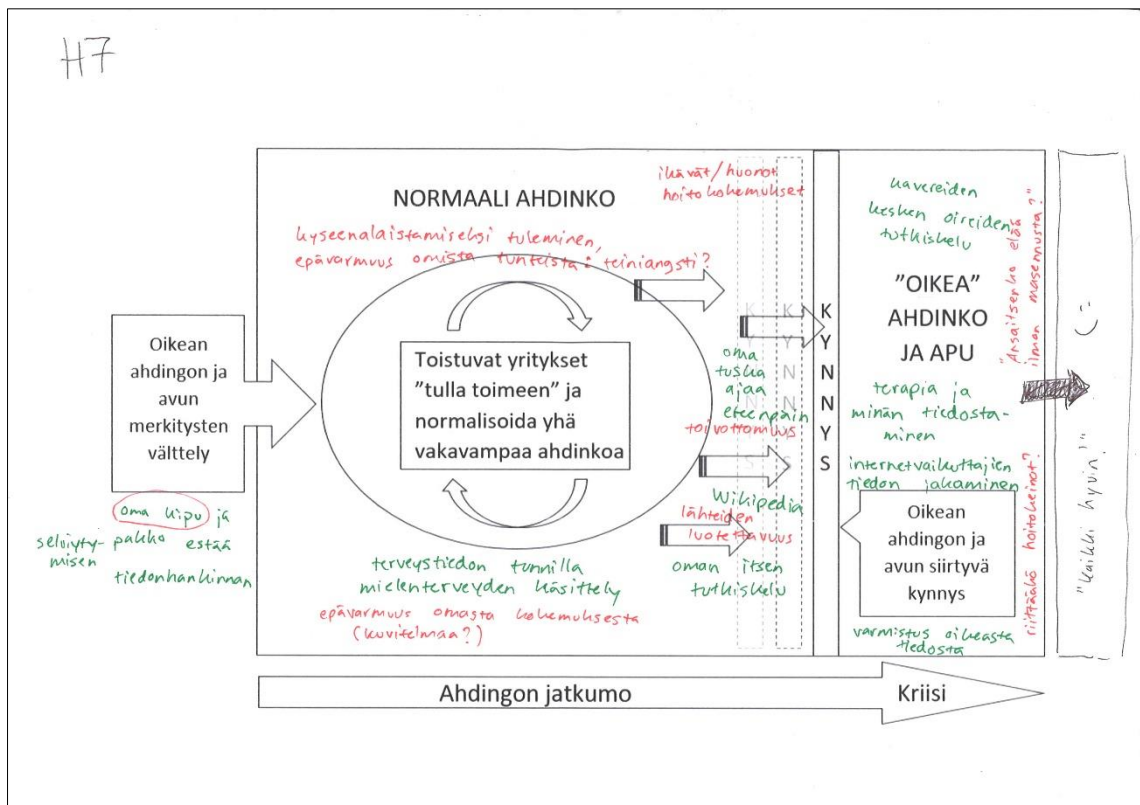
Haastateltavat sijoittivat malliin vaihtelevissa määrin tiedonlähteitä ja esteitä. Kuvioissa 10 ja 11 on kahden eri koehenkilön täydentämä malli. Kuviossa 10 käy ilmi se, miten mallissa oleva ahdingon jatkumo oli helppo tulkita aikajanaksi. Se auttoi vastaajia pohtimaan aikaa ennen avun hakemista, mutta aiheutti toisaalta epävarmuutta siinä vaiheessa, kun kynnyksen yli oli päästy. Kuviossa 11 on haastateltavan täydentämä malli. Hän ei kokenut sijaitsevänsä kummallakaan puolella kynnystä, vaan koki olevansa jo matkalla ”kaikki hyvin”-laatikkoon, jonka piirsi mallin oikeaan laitaan.

Taulukossa 3 on listattu kaikki malleissa esiintyneet lähteet ja esteet. Niitä on yhdistelty ja ryhmitelty selkeyden vuoksi. Yleisimmät lähteet olivat YTHS, äiti, terapeutti ja kaverit. Myös sosiaalinen media, eri mielenterveyden ammattilaiset ja eri alojen koulukirjat esiintyivät useita kertoja. Avun hakemisen esteet olivat moninaisempia. Niissä oli paljon tunnepitoisia esteitä, kuten häpeää, pelkoa ja toivottomuutta. Epätietoisuus tuli myös esiin monella tavalla, kuin myös vaikeus tarttua toimeen.

Haastateltavilla oli tässä vaiheessa välillä vaikeuksia muistaa, mitä kysyttiin. Yksi vastaaja esimerkiksi merkitsi lääkkeensä tiedonlähteeksi. Sitä ennen oli puhuttu terveydenhuollon ammattilaisista tiedonlähteenä, joten lääkkeet tuntuivat ehkä luontevalta jatkolta.



Kuvio 10. Esimerkki haastattelun aikana täytetyistä välttelyn kierteen malleista.



Kuvio 11. Esimerkki haastattelun aikana täytetyistä välttelyn kierteen malleista.

Taulukko 3. Malleissa esiintyneet lähteet ja esteet.

Malliin merkityt lähteet:	Malliin merkityt avun hakemisen esteet:
YTHS, YTHS-sivut, Chat (YTHS)	Leimaantuminen, Häpeä
Äiti	Avun hakemisen seuraukset
Terapia, terapeutti, Terapia ja minän tiedostaminen	Pelot ja huolet, Pelko, Ahdistus, Toivottomuus
Ystävät, kaverit, Kavereiden kesken oireiden tutkiskelu	Armottomuus itseä kohtaan, Itsensä syyllistäminen
Tyttyöystävä, Poikaystävä	Ymmärrys että asiat pitää tulla hitaasti
Google, Oire Googleen, Testit	Tottumus, Haluttomuus myöntää ongelma, Denial
Kela	Elämän tilanne
Psykologi, Psykiatri, Ammattilaiset, Koulupsykologi, (Lääkkeet)	Ei tietoa hädästä
Kriisipuhelin	Ryhtyminen, Jaksaminen, Prokrastinointi/kiire
Some, IG, Twitter-kaverit, Youtube, Internetvaikuttajien tiedon jakaminen	Mietintä: Ovatko lääkkeet kalliita? Tuleeko sivuvaikutuksia? Riippuvuus hoidon jälkeen? Onko tämä ohimenevää?
Terveyskirjasto, Informaationsivuja, Wikipedia	Oma epäily
Tarinat (iltapäivälehdissä)	Muilla isompia ongelmia
Kriisi: opiskelut ei suju, Oman itsen tutkiskelu, Oma tuska ajaa eteenpäin	Ikävät/huonot hoitokokemukset, Kyseenalaistamiseksi tuleminen
Psyka, Psykologia, Filosofia, Terveystiedon tunnilla mielenterveyden käsittely	Oma apu, Oma itsensä, estää itseään hakemasta apua
Muiden negatiiviset kokemukset lääkkeistä	Kurssin loppu, Loma
Varmistus oikeasta tiedosta	Monimutkaisuus
	Epäusko, Epävarmuus omasta kokemuksesta (kuvitelmaa?), Epäilen itseä, epävarmuus omista tunteista: teiniangsti?
	Lähteiden luotettavuus
	"Ansaitsenko elää ilman masennusta?"
	Riittääkö hoitokeinot?
	Muiden negatiiviset kokemukset lääkkeistä
	Tiedon puute, Raha

Tässä tutkimuksessa stigma näkyi osittain eri tavalla, kuin välttelyn kierteen malliin johtaneessa Biddlen ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa. Siinä useilla koehenkilöillä ilmeni stigman hyväksyntää, joka kävi ilmi muun muassa stigmatisoivana kielenkäyttönä. Tämän tutkimuksen haastateltavat suhtautuivat mielenterveyden häiriöihin ymmärtäväisesti ja pitivät hoitoon hakeutumista hyvänä asiana. Jonkin verran vastauksissa kuului odotettua stigmaa. Haastateltavat puhuivat osittain hypoteettisesti siitä, että joku muu voisi suhtautua heihin negatiivisesti, jos mielenterveyspalvelujen käyttö kävisi ilmi. Näillä ajatuksilla oli kuitenkin loppujen lopuksi hyvin vähän vaikutusta

avun hakemiseen. Haastateltavien kokemia stigman tyyppejä (Clement ym. 2015) on nostettu esiin taulukossa 4. Näistäkin nostetuista lainauksista on kiistettävissä olevaa, onko kaikissa kyse stigmosta vai perustelluista huolenaiheista. Esimerkiksi hoitostigma kohdan kysymys lääkkeiden riippuvuudesta voi kytkeytyä riippuvuuksiin liittyvään stigmaan, mutta olla samalla hyvin ymmärrettävä huoli.

Taulukko 4. Erilaisten stigmatyyppien ilmeneminen aineistossa (Clement ym. 2015).

Lainaus haastattelusta:	Stigman laji
Mut ehkä semmonen... mä tänne epäuskon alle laitan vielä semmosen häpeän siitä että itellä on tämmösiä ongelmia ja kellään muilla ei oo ja uskaltaako tästä nyt kertoa kellekään. (H8)	Odotettu stigma
Kyllä määki tiän että jos mulla on nämä diagnoosit, niin varmaan adoptio ei onnistu. (H11)	Odotettu stigma
Tai sitte että ku olin oikeudessa todistajana, niin [...] kaivo aivan ihmeellisiä asioita minunki elämästä, siis semmosia joiden ainut tarkoitus oli loukata minua. Niin että jos mää oisin ollu terapian tai mt-avun piirissä niin oisko se sitte ollu, että... No nyt on esimerkiksi puhuttu näistä valemuisista viime aikoina niin oisko se sitte vedetty siihen, että sää oot jossaki terapiassa... (H11)	Odotettu stigma
ei ilmennyt	Koettu stigma
Sitte oli kysymys, että meenkö mää psykologille vai psykiatrille. Ja jostain syystä, mä en muista kumpi, mutta jompi kumpi vaikutti semmoselta pahemmalta vaihtoeholta... siis että toisen luokse mennään silloin, ku sää alat näkemään piirroshahmoja niinku tuossa istumassa vaikka... (H3)	Sisäistetty stigma
No kun puhutaan tästä että "ota itseäs niskasta kiinni niin kyllä se siitä sitte", niin vähä ehkä itellä ollu sellasta ja ku se oli toiminu jo niin monta vuotta. (H11)	Sisäistetty stigma
No onhan siinä sellanen tietynlainen stigma, että ai sää käyt terapiassa, sä oot varmaan hullu. (H8)	Havaittu stigma
Mitä tiän omilla tuttavilla, että ei halua sitä jonkulaista hullun leimaa. (H11)	Havaittu stigma
ei ilmennyt	Stigman hyväksyntä
jos vaikka netissä on lukenu keskustelupalstoilla ihmisten kokemuksia lääkkeistä ja miten jotkut sanoo, että niistä on tullu riippuvaisiksi, niin sitte se on semmonen... tulee semmonen olo että ei halua niitä lääkkeitä kokeilla. (H4)	Hoitostigma

6 POHDINTA

Tutkimuksella onnistuttiin vastaamaan kaikkiin tutkimuskysymyksiin ja vahvistamaan aiemman tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksessa saatiin myös kokonaan uutta tietoa. Ensimmäisessä alaluvussa on tutkimustuloksia koskevaa pohdintaa. Tutkimusmenetelmien toimivuutta käsitellään toisessa alaluvussa. Lopuksi pohditaan muutamia jatkotutkimuksen aiheita ja annetaan toimenpidesuosituksia.

6.1 Tutkimustuloksia koskeva pohdinta

Tutkimuksessa saatiin tuloksia, jotka tukivat aiempaa tutkimustietoa. Tiedonlähteitä koskevat tulokset noudattelivat entuudestaan tuttua kaavaa (Williamson 1998, Askola, Atsushi & Huotari 2010). Henkilölähteet ja internet korostuivat odotetusti. Avun hakemista viivyteltiin ja siihen osasyynä oli stigma. Opiskelijoilla oli tietoa mielenterveydestä, mutta palveluista tiedettiin vähemmän ennen niiden käyttöä (Cohen ym. 2009).

Tutkimuksessa saatiin myös kokonaan uutta tietoa. Biddlen ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa avun hakemisen välttely johtui pääasiassa stigmasta. Avun hakemista myös viivytettiin vuosia. Tässä tutkimuksessa opiskelijat viivyttivät avun hakemista vähemmän aikaa, kuin mitä odotettiin ja eri syistä. Viivyttely ei johtunut leimaantumisen pelosta, vaan omien oireiden tunnistamattomuudesta, resurssien puutteesta, huonoista aiemmista kokemuksista ja pelätyistä seurauksista, esimerkiksi lääkityksen suhteen. Pitkäaikaista viivyttelyä tapahtui varsinkin lapsuudessa ja nuoruudessa. Aikuisena opiskelijat hakivat apua suhteellisen nopeasti.

Avun hakemisesta nopeudesta ei saatu mitattua kovin tarkkoja aikoja, sillä oireilun ja avun hakemisen rajat olivat epätarkkoja. Osalla avun saamiseen kesti vuosia avun tarpeen tiedostamisesta, osalla vain viikkoja. Oireet alkoivat hiipien ja haastateltavien oli usein vaikea arvioida, miten pitkään oireilua oli jatkunut. Yleisesti ottaen avun hakeminen oli ripeää siinä vaiheessa, kun avun tarve oli tiedostettu ja apua tarjoava taho tiedossa.

Opiskelijoiden kokema stigma oli huomattavasti oletusta vähäisempää ja sillä oli vain vähän vaikutusta avun hakemiseen. Biddlen ja kumppaneiden (2007) tutkimukseen verrattessa voisi arvella, että yksi stigmata vähentävä tekijä oli vastaajien ikä. Tämän

tutkimuksen vastaajat olivat 5–10 vuotta vanhempia kuin heidän tutkimuksensa vastaajat. Ajan hengellä on varmasti myös vaikutusta. 14 vuodessa on ehtinyt tapahtua paljon muutosta ilmapiirissä mielenterveysasioiden ympärillä. Molemmissa tutkimuksissa oli mukana ei-avunhakijoita, tässä tutkimuksessa yksi ja Biddlellä ja kumppaneilla kolme, joten sen puolesta ei ollut suurta eroa. Tutkimushenkilöt heidän tutkimuksessaan saatiin oiretestin kautta seulomalla. Tässä tutkimuksessa sen sijaan haastateltavat ilmoittautuivat itse mukaan. Silläkin voi olla vaikutusta asenteisiin.

Kriittisiä tapahtumia (Flanagan 1954) tunnistettiin useita. Ne eivät olleet yhtä selväpiirteisiä, kuin mitä tutkimuksen lähtötilanteessa odotettiin. Yhtä ainoaa kriittistä tapahtumaa oli vaikeaa tunnistaa myös siksi, että moni oli hakenut apua samaan vaivaan monta kertaa. Kävikin ilmi, että avun hakeminen itsessään ei vielä taannut avun saantia, eikä varsinkaan avun saannin jatkuvuutta.

Teini-iässä alkanut mielenterveysoireilu ja siihen liittynyt avun hakeminen mukaili Shentonin ja Dixonin (2003) tutkimustuloksia. Tiedontarpeessa käännyttiin samassa tilanteessa olevien puoleen. Oireita esimerkiksi vertailtiin kavereiden kanssa. Tilanteissa, joissa omat oireet tunnistettiin oppitunnilla esimerkiksi terveystiedonkirjasta, opettajalle kertomista välteltiin. Tämä ei tosin johtunut niinkään opettajan epämiellyttävän persoonan takia, vaan koska itsensä diagnosoiminen masentuneeksi tuntui absurdilta ja nololta.

Sukupuolen vaikutus avun hakemiseen oli vähemmän merkittävää kuin kansainvälisessä tutkimuksessa. Sukupuoli näkyi oireilussa sen verran, että vihan tunteet ja runsas alkoholin käyttö tuli esille enemmän miesten vastauksissa. Naisista kahdella oli ollut nuoruudessaan viiltelyä, joka on tutkimusten mukaan naisilla yleisempi itsensä vahingoittamisen muoto (Bresin & Schoenleber 2015). Stigman määrässä tai avun hakemisen nopeudessa sukupuolella ei ollut vaikutusta.

Parasosiaaliset suhteet julkisuuden henkilöihin voivat tutkitusti vaikuttaa ihmisten asenteisiin julkisuuden henkilön edustamaa ihmisryhmää kohtaan (Schiappa ym. 2005). On havaittu, että tämä vaikutus ulottuu myös mielenterveyden häiriöihin (Hoffner & Cohen 2018). Masennuksesta kärsivään julkisuuden henkilöön voimakkaan positiivisesti suhtautuvat henkilöt hakevat itse apua mielenterveyden ongelmiin hieman korkeammalla todennäköisyydellä, kuin henkilöt, joilla ei ole yhtä vahva yhteys kyseiseen julkisuuden

henkilöön. Tämän tutkimuksen aineistossa kyseistä ilmiötä tai sen puuttumista ei havaittu. Haastateltavat suhtautuivat jo valmiiksi aika positiivisesti avun hakemiseen ja toisaalta melko välinpitämättömästi julkisuuden henkilöiden mielenterveysasioihin.

Haastattelut osuivat ensimmäisen koronakevään jälkeiselle syksylle. Koronapandemia näkyi haastatteluaineistossa yllättävän vähän. Muutama haastateltava mainitsi asian ohimennen, mutta yhdenkään kohdalla se ei noussut keskeiseksi puheenaiheeksi. Yhden haastateltavan kohdalla pandemian takia myönnetty ylimääräinen opintotuki jopa helpotti ennestään hankalaa opiskelutilannetta. Tutkimustulosten perusteella voisikin olettaa, että tämänhetkisen pandemian vaikutukset mielenterveysongelmiin näkyvätkin vasta tulevaisuudessa, ehkä vuosienkin päästä.

6.2 Tutkimusmenetelmiä koskeva pohdinta

Haastattelu oli toimiva valinta tämänlaisen tutkimuksen menetelmäksi. Teemahaastattelu antoi perusteellisia vastauksia ja mahdollisti täsmentävät kysymykset, asiaan palaamisen ja aiheen yhdessä pohdiskelun. Se ei välttämättä ollut paras mahdollinen menetelmä tiedonlähteiden tutkimiseen, sillä aktiivisen tiedonhankinnan lähteet olivat pääasiassa henkilölähteet ja internet. Internetissä tapahtuvan tiedonhankinnan tutkimiseen olisi hedelmällisempi tutkimusmenetelmä esimerkiksi havainnointi. Myös henkilöiden kanssa käydyt keskustelut ehtivät muuttua ja unohtua, jos keskustelu tapahtui pitkän aikaa ennen haastattelua. Näitä ei tietenkään voi havainnoida enää jälkikäteen, joten tässä tilanteessa haastattelu oli sopivin vaihtoehto.

Haastattelun alussa kysyttiin pohjatietokysymyksiä, joilla kartoitettiin, millaisia tietoja vastaajilla on yleisesti mielenterveysasioista. Avoimet kysymykset saivat osan vastaajista antamaan melko ympäripyöreitä vastauksia. Jos tietämystä olisi haluttu tutkia perusteellisemmin, strukturoidummat kysymykset olisivat mahdollisesti olleet parempi vaihtoehto. Kysymysten esittäminen myöhemmässä vaiheessa haastattelua olisi todennäköisesti myös tuonut laajempia vastauksia. Toisaalta kysymykset haastattelun alussa toimivat loivana laskeutumisena aiheeseen, koska seuraavissa osioissa kysymykset olivat henkilökohtaisempia. Yleisluontoisten kysymysten aikana oli myös hyvä tilaisuus arvioida mielenterveyteen liittyvän stigman ilmenemistä haastateltavien puheissa. Kysymysten sijoittuminen haastattelun alkuun on siis aivan perusteltua.

Välttelyn kierteen mallin käyttäminen haastattelun tukena toi paljon lisää informaatiota. Alkupään haastatteluista oppineena, haastattelija pystyi ottamaan aktiivisemman roolin mallin täyttämässä ja muistuttamaan haastateltavaa asioista, joita tämä oli jo aiemmin haastattelun aikana maininnut. Tätä olisi voinut vielä tehostaa perusteellisempien kirjallisten muistiinpanojen avulla.

Täytetyistä välttelyn kierteen malleista olisi voinut olla kiinnostavaa tehdä jonkinlainen synteesi, mutta se olisi vaatinut strukturoidummat vastausvaihtoehdot. Haastateltavilla oli hyvin erilaisia tapoja merkitä asioita malliin, ja niitä olisi ollut mahdotonta yhdistää yhdeksi ymmärrettäväksi malliksi. Osa vastaajista kirjoitti kokonaisia lauseita, osa piirsi kuvioita sanojen sijaan.

Jos tutkimuksessa olisi haluttu syventyä perusteellisemmin opiskelijoiden asenteisiin mielenterveysongelmia kohtaan, pohjatietokysymysten lisäksi olisi voitu kysyä myös arvoja ja asenteita mittaavia kysymyksiä. Tämänhetkisessä aineistossa asenteet näkyvät lähinnä omaa toimintaa kuvaavien vastausten yhteydessä.

Toisessa tutkimuskysymyksessä oli hieman ajattelemattomasti otettu mukaan sekä tiedonhankinnan että avun hakemisen esteet. Sama virhe toistui myös haastattelutilanteessa. Ne ovat kuitenkin kaksi erillistä asiaa, jotka olisivat kaivanneet perusteellisempaa erottelua. Tiedonhankinnan ja avun hakemisen sekoittuminen näkyi myös mielenterveysaiheisen tiedon välttelyä koskevassa osiossa. Olihan yksi tutkimuksen keskeisiä lähteitä välttelyn kierteen malli, jossa taas välteltiin nimenomaan avun hakemista.

Kriittisten tapahtumien menetelmä auttoi rajaamaan tutkimuskohdetta tiettyyn tilanteeseen. Se ei kuitenkaan ollut täysin sopiva kaikkien haastateltavien avun hakemisen tutkimiseen. Menetelmän valinnan lähtökohtana oli ajatus, että päätös hakea apua olisi ollut haastateltaville niin mieleenpainuva kokemus, että sen palauttaminen mieleen ei olisi vaikeaa. Todellisuudessa avun hakeminen tapahtui monen vastaajan kohdalla monessa osassa ja sitä edelsi pitkä aika, jolloin avun tarpeesta oltiin tietoisia, mutta apua ei haettu käytännön syistä. Niinpä yhden yksittäisen avunhakemistilanteen erottaminen oli vaikeaa.

6.3 Toimenpidesuosituksset ja jatkotutkimuksen aiheet

Tutkimuksessa tunnistettiin avun hakemiseen johtaneiden, positiivisten kriittisten tapahtumien lisäksi muutamia kriittisiä tapahtumia, jotka voitaisiin määritellä negatiivisiksi kriittisiksi tapahtumiksi, sillä ne aktiivisesti estivät avun hakemista. Niitä ei kuitenkaan alun perin lähdetty hakemaan tutkimuksessa ja niihin ei ollut tilaisuutta perehtyä kuin pintapuolisesti. Avun hakemisen esteiden tutkimus kriittisten tapahtumien menetelmällä voisi olla hedelmällinen jatkotutkimuksen aihe.

Tutkimuskysymysten laaja-alaisuuden johdosta tutkimus jäi vielä melko ohueksi. Jokaisesta aihealueesta saatiin jonkinlainen pintaraapaisu, mutta kutakin aihetta voisi vielä tutkia syvemmin. Hughesin kehittämä laajennettu kriittisten tapahtumien menetelmä voisi olla toimivampi metodi laadulliseen tutkimukseen.

Tutkimuksessa nousi esiin oireilun varhainen alkaminen. Osa tutkimushenkilöistä tunnisti itsensä masentuneeksi useita vuosia ennen avun hakemista. Usein oireiden tunnistaminen tapahtui jo peruskouluiässä. Nuorten avunhakemiskäyttäytyminen mukaan lukien avun hakemisen välttely kaipaa lisää tutkimusta. Myös opettajien, kouluterveydenhoitajien ja muiden ei-terveydenhoidollisten ammattilaisten rooli tiedon lähteenä, välittäjänä ja avun hakemisen portinvartijana voisi olla kiinnostava tutkimuskohde.

Tutkimuksessa ilmeni monen vastaajan huonot kokemukset terveydenhuollon parissa. Katkonaiset hoitosuhteet ja vähättelevä suhtautuminen vaikeuttivat avun saantia ja jopa estivät sitä. Tutkimuksen tulokset tukevat viime aikoina peräänkuulutetun Terapiatakuun tarvetta. Vastaajat kaipasivat matalan kynnyksen keskusteluapua, helposti lähestyttäviä mielenterveyspalveluja ja jatkuvuutta hoitosuhteisiin. Lisäksi nostettiin esiin kuntoutustukijärjestelmän joustamattomuus. Tämän pohjalta voidaan suositella mielenterveyspalvelujen lisäämistä ja kuntoutustukijärjestelmän parantamista, esimerkiksi lisäämällä harkinnanvaraisia kuntoutustukivuolia tämänhetkisen kolmen vuoden lisäksi.

LÄHTEET

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Hendriksson, A., Poikolainen, K. & Lönnqvist, J. (2002). Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. *Journal of Affective Disorders* 70(1).

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry (21.2.2021). Ammattikorkeakouluopiskelijat YTHS:n palvelujen piiriin vuoden 2021 alussa – palveluverkko laajenee merkittävästi. <https://www.arene.fi/ajankohtaista/ammattikorkeakouluopiskelijat-ythsn-palvelujen-piiriin-vuoden-2021-alussa-palveluverkko-laajenee-merkittavasti/>

Askola, K., Atsushi T. & Huotari, M-L. (2010). Cultural differences in the health information environments and practices between Finnish and Japanese university students. *Information research* 15(4) paper 451. <http://informationr.net/ir/15-4/paper451.html>

Asla, T., Williamson, K. & Mills, J. (2006.) The role of information in successful aging: The case for a research focus on the oldest old. *Library & Information Science Research* 28(1), 49-63. DOI:10.1016/j.lisr.2005.11.005

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2), 191–215. DOI:10.1037/0033-295X.84.2.191

Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D. & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behavior. *Sociology of Health & Illness* 29(7). DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x.

Bresin K & Schoenleber M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 38, 55–64. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.009.

Bäckgren, N. (6.5.2021). Helsinki ottaa käyttöön terapiatakuun ensimmäisenä kaupunkina Suomessa: pian hoitoon pääsy saa kestää enintään kaksi viikkoa. *Helsingin Sanomat*. <https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000007960910.html>

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L. & Thornicroft, G. (2015). What is the impact

of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine* 45(1), 11-27. doi:10.1017/S0033291714000129

Cohen, A., Medlow, S., Kelk, N. & Hickie, I. (2009). Young people's experiences of mental health care. *Youth Studies Australia* 28(1).

Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N. K., Koeske, G., Rosen, Da., Reynolds, C. F. & Brown, C. (2010). Mental Health Treatment Seeking Among Older Adults With Depression: The Impact of Stigma and Race. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 18(6).

Davis-McCabe C, Winthrop A. Computerised CBT: University students experiences of using an online self-help programme. *Counselling Psychology Review* 2010;25(4):46-55.

Flanagan, J. C. (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin* 51(4), 327–358.

Gasquet, I., Chavance, M., Ledoux, S. & Choquet, M. (1997). Psychosocial factors associated with help-seeking behaviour among depressive adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry* 6, 3:151–159. <https://doi.org/10.1007/BF00538987>

Gissler, M. (2003). Terveyspalvelujen käyttö sukupuolittain. Teoksessa Riitta Luoto, Kirsi Viisainen & Ilona Kulmala (Toim.), *Sukupuoli ja terveys* (277–288). Tampere: Vastapaino.

Gowen, L. K. (2013). Online Mental Health Information Seeking in Young Adults with Mental Health Challenges. *Journal of Technology in Human Services* 31(2), 97–111. <https://doi.org/10.1080/15228835.2013.765533>

Gulliver, A., Griffiths, K.M. & Christensen, H. (2010.) Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 10, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. (2010). *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi.

- Haasio, A. & Savolainen, R. (2004). *Tiedonhankintatutkimuksen perusteet*. Helsinki: BTJ.
- Haravuori, H., Muinonen, E., Kanste, O. & Marttunen, M. (2017). *Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskelijaterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin*. Helsinki: Juvenes Print.
- Hemminki, E. (2003). Naiset terveysvaikuttajina. Teoksessa Riitta Luoto, Kirsi Viisainen & Ilona Kulmala (Toim.), *Sukupuoli ja terveys* (265–274). Tampere: Vastapaino.
- Hoffner, C. A., & Cohen, E. L. (2018). Mental Health-Related Outcomes of Robin Williams' Death: The Role of Parasocial Relations and Media Exposure in Stigma, Help-Seeking, and Outreach. *Health Communication* 33(12), 1573–1582. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1384348>
- Hughes, H. (2012). An expanded critical incident approach for exploring information use and learning. *Library and Information Research* 36(112), 72–95.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *The Health Education Quarterly* 11(1).
- Johnson, J. D. & Case, D. O. (2012). *Health information seeking*. New York: Peter Lang.
- Kansalaisaloite.fi (2019). Terapiatakuu mielenterveyspalveluihin pääsyn nopeuttamiseksi. <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/3890> (käytetty 17.5.2021).
- Kauer, S. D., Mangan, C. & Sanci, L. (2014). Do Online Mental Health Services Improve Help-Seeking for Young People? A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 16 (3): 1. doi:10.2196/jmir.3103.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (2010). *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Kunttu, K., Pesonen, T. & Saari, J. (2017). *Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016*. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 48. Helsinki: YTHS.
- Lee, J., Friesen, B. J., Walker, J. S., Colman, D. & Donlan, W. E. (2014). Youth's Help-Seeking Intentions for ADHD and Depression: Findings from a National Survey. *Journal of Child & Family Studies* 23(1).

- Macias, W., Lee, M. & Cunningham, N. (2018). Inside the Mind of the Online Health Information Searcher using Think-Aloud Protocol. *Health Communication* 33:12, 1482-1493. DOI: 10.1080/10410236.2017.1372040
- McKenzie, P. J. (2003). A model of information practices in accounts of everyday-life information seeking. *Journal of Documentation* 59(1), 19–40.
- McMenamy, J., M., Jordan, J. R. & Mitchell, A. M. (2008). What do Suicide Survivors Tell Us They Need? Results of a Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 38(4).
- Mielenterveyspooli (21.10.2020). Terapiatakuu luovutettiin vuosi sitten eduskunnalle – Mikä on aloitteen tilanne nyt? <https://mielenterveyspooli.fi/terapiatakuu-luovutettiin-vuosi-sitten-eduskunnalle-mika-on-aloitteen-tilanne-nyt/>
- Mielenterveyspooli (28.5.2021) Kuntavaalit: Mielenterveys puolueiden puheissa ja ohjelmissa. <https://mielenterveyspooli.fi/kuntavaalit-mielenterveys-puolueiden-puheissa-ja-ohjelmissa/>
- Montagni, I., Parizot, I., Horgan, A., Gonzalez-Caballero, J.-L., Almenara-Barrios, J., Lagares-Franco, C., Peralta-Sáez, J.-L., Chauvin, P., & Amaddeo, F. (2016). Spanish students' use of the Internet for mental health information and support seeking. *Health Informatics Journal* 22(2), 333–354. <https://doi.org/10.1177/1460458214556908>
- Niemelä, R. (2006). *Ikääntyneiden informaatio-käyttäytyminen. Laadullinen tutkimus arkielämän informaatiokäytännöistä ja toimintaan aktivoitumisesta*. Oulu: Oulun yliopisto, 2006. (Acta Universitatis Ouluensis; B 74).
- Nutbeam, D., Harris, E. & Wise, M. (2010). *Theory in a Nutshell: a practical guide to health promotion theories*. North Ryde: McGraw-Hill Australia.
- Payakachat, N., Gubbins, P. O., Ragland, D., Norman, S. E., Flowers, S. K., Stowe, C. D. DeHart, R. M., Pace, A. & Hastings, J. K. (2013). Academic Help-Seeking Behavior Among Student Pharmacists. *Academic Journal of Pharmaceutical Education* 77(1).
- Rasmussen-Pennington, D. M., Richardson, G., Garinger, C., & Contursi, M. L. (2013). “I Could Be on Facebook by Now”: Insights from Canadian youth on Online Mental

Health Information Resources. *Canadian Journal of Information & Library Sciences* 37(3), 183–200. <https://doi.org/10.1353/ils.2013.0015>

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) (2005a). *Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Jyväskylä: Gummerus.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2005b). Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa: Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) (2005). *Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Jyväskylä: Gummerus.

Saari, J. & Villa, T. (2017). Opiskelua ristipaineessa: yliopisto-opiskelijoiden hyvinvointivajeet, niiden kasautuminen ja yhteys psyykkiseen oireiluun. Teoksessa: Kunttu, K., Pesonen, T. & Saari, J., *Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia* 48. (s.107–126). Helsinki: YTHS.

Sairanen, A. & Savolainen, R. (2008). ”Mä en halua tietää”: terveysinformaation välttämisen syyt ja muodot. *Informaatiotutkimus* 27(3). <https://journal.fi/inf/article/view/724>

Schiappa, E., Gregg, P. B., & Hewes, D. E. (2005). The parasocial contact hypothesis. *Communication Monographs*, 72, 92–115. doi:10.1080/0363775052000342544

Shenton, A. K. & Dixon, P. (2003). Youngsters’ Use of Other People as an Information-Seeking Method. *Journal of Librarianship and Information Science* 35(4), 219–233.

Sinisalo, T. & Erkkilä, K. (30.4.2021) Terapiatakuu viivästyy jälleen. *Mielenterveyspooli*. <https://mielenterveyspooli.fi/terapiatakuu-viivastyy-jalleen/>

Sonnenwald, Diane H., Wildemuth, B.M., & Harmon, G.T. (2001). A research method to investigate information seeking using the concept of information horizons: An example from a study of lower socio-economic student’s information seeking behaviour. *The New Review of Information Behaviour Research* (2) 65–86.

St Jean, B., Jindal, G., & Chan, K. (2018). "You have to know your body!": The role of the body in influencing the information behaviors of people with type 2 diabetes. *Library Trends*, 66(3), 289–314. <https://doi.org/10.1353/lib.2018.0004>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2016). *Käypä hoito –suositus: depressio*. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023> (käytetty 15.11.2019).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2003). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.

UN News (14.5.2020). UN leads call to protect most vulnerable from mental health crisis during and after COVID-19. <https://news.un.org/en/story/2020/05/1063882>

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. (2014). *Uudistuva mielenterveystyö*. Helsinki: Edita Prima.

Wiljer, D., Shi, J., Lo, B., Sanches, M., Hollenberg, E., Johnson, A., Abi-Jaoudé, A., Chaim, G., Cleverley, K., Henderson, J., Isaranuwachai, W., Levinson, A., Robb, J., Wong, H. W. & Voineskos, A. (2020). Effects of a Mobile and Web App (Thought Spot) on Mental Health Help-Seeking Among College and University Students: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 22(10). <https://doi.org/10.2196/20790>

Williamson, K. (1998). Discovered by chance. The role of incidental information acquisition in an ecological model of information use. *Library & Information Science Research* 20(1). [https://doi.org/10.1016/S0740-8188\(98\)90004-4](https://doi.org/10.1016/S0740-8188(98)90004-4)

Wilson, T. D. (1999). Models in information behaviour research. *Journal of Documentation* 55(3).

World Health Organization (WHO). (2007). Adolescents, social support and help-seeking behaviour. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595711_eng.pdf

World Health Organization (WHO) (30.3.2018). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/>

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) (2019a). *Kiireellinen hoito*.
http://www.yths.fi/palvelut/mielenterveys/kiireellinen_hoito (käytetty 15.11.2019).

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) (2019b). *Kiireetön hoito*.
http://www.yths.fi/palvelut/mielenterveys/kiireeton_hoito (käytetty 15.11.2019).

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) (2019c). *Kriisiapu*.
<http://www.yths.fi/palvelut/mielenterveys/kriisiapu> (käytetty 15.11.2019).

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) (2019d). *Mielenterveys*.
<http://www.yths.fi/palvelut/mielenterveys> (käytetty 15.11.2019).

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) (2019e). *Verkkokursseja mielen hyvinvointiin*. http://www.yths.fi/oikopolkuja_hyvinvointiin (käytetty 15.11.2019).

LIITTEET

Liite 1. Haastattelukutsu

Hyvä opiskelija

Haen opiskelijoita haastateltaviksi pro gradu –tutkimukseeni, joka liittyy mielenterveyteen. Jos vastaat kyllä yhteen tai useampaan seuraavista kysymyksistä, kuulut kohderyhmääni:

Onko sinulla ollut vaikeuksia opintojen etenemisessä? Oletko hakeutunut opintopsykologille tai muun avun piiriin vaikeuksien takia? Oletko kokenut olevasi masentunut?

Tarkoituksena on selvittää, mitä tietoa opiskelija on tarvinnut hakeakseen mielenterveyteen liittyvää tukea, millaisia esteitä on kokenut tässä asiassa ja mistä tietoa on löytynyt. On tärkeää, että tarvitsija löytää oikean tiedon päästäkseen eteenpäin. Osallistumalla haastatteluun annat arvokkaan tukesi tutkimukselleni.

Haastattelu kestää noin tunnin. Haastattelussa saatua aineistoa käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja haastateltavien anonymiteetti säilyy kaikissa vaiheissa. Haastattelut toteutetaan mahdollisuuksien mukaan henkilökohtaisesti, mutta tarvittaessa myös etäyhteys on mahdollinen.

Jos olet kiinnostunut tai haluat lisätietoa, täytä alla olevasta linkistä löytyvä lomake ja haastattelija ottaa sinuun yhteyttä. Lomakkeessa on kolme kysymystä ja sen täyttää minuutissa.

[linkki]

Ystävällisin terveisin

Silja Lahdenperä

silja.lahdenpera@student.oulu.fi

Liite 2. Kyselylomake

Pohjatietolomake

1. Monettako vuotta opiskelet?

- ☐ 1.
- ☐ 2.
- ☐ 3.
- ☐ 4.
- ☐ 5.
- ☐ 6.+

2. Kauanko opiskeluvaikeudet ovat kestäneet?

- ☐ Muutamia viikkoja
- ☐ Muutamia kuukausia
- ☐ 6-12 kuukautta
- ☐ Yli vuoden
- ☐ Useita vuosia

3. Oletko ollut yhteyksissä yhteen tai useampaan seuraavista tahoista:

- ☐ Omaopettaja
- ☐ Opintoneuvoja
- ☐ Opintopsykologi
- ☐ YTHS
- ☐ Terveyskeskus
- ☐ Muu, mikä?

4. Laita sähköpostiosoitteesi tähän kenttään, niin otan sinuun yhteyttä. Kiitos!

Liite 3. Haastattelurunko

Haastateltava nro:

Ikä:

Sukupuoli:

Opiskeluvuosi:

Tiedekunta:

Pohjatiedot

Millainen käsitys sinulla on yleisesti ottaen mielenterveydestä?

Millaisia oireita tiedät, että voi olla?

Tunnetko erilaisia mielenterveyspalveluja? Tiedätkö mistä niitä saa? Tiedätkö mitä ne maksavat?

Tiedätkö ihmisiä, joilla on mielenterveyden oireilua tai häiriöitä? (Omasta lähipiiristä, julkisuuden henkilöitä, tms)

Kerrotko vähän omasta tilanteestasi?

Oireilun näkyminen arjessa

Millaista oireilua olet kokenut?

Koska oma oireilu alkoi?

Koska huomasit sen?

Miten oireilu vaikutti arkeen?

Tuliko oireilun takia poissaoloja? Viivästyikö opinnot?

Vaikuttiko elämänhallintaan? Ystävyyssuhteisiin?

Oliko vaikeuksia kaikilla elämänaalueilla vai kohdistuiko oireilu vain tiettyihin juttuihin (esim opiskelu)?

Tiedon lähteet

Epäilitkö itse masennusta tai ehdottiko joku muu sitä?

Mistä lähdit ensimmäisenä hakemaan tietoa tai vahvistusta epäilyksille, kun pohdit masennuksen

mahdollisuutta?

Oliko ketään läheistä, jolta sait tietoa tai jolle kerroit omasta olostasi?

Oliko ketään ammattilaista, jolta sait tietoa tai jolle kerroit omasta olostasi?

Haitko tietoa internetistä? Millaista tietoa löysit sieltä?

Törmäsitkö tietoon sitä hakematta esimerkiksi somessa tai muussa mediassa?

Tiedon välttely

Tuntuiko missään välissä, että et halua tietää, mistä oireilu johtuu?

Tuntuiko avun hakeminen työläältä tai ahdistavalta?

Välttelitkö avun hakemista jostain syystä?

Millaisia ajatuksia sinulla oli hoitoon pääsemisestä tai joutumisesta?

Tiedonhankinnan esteet

Oliko tietoa helppo löytää?

Oliko sinulla pääsy kaikkiin tiedonlähteisiin, joita halusit käyttää?

Tuntuiko sinusta, että saamasi tieto oli luotettavaa?

Tuntuiko sinusta, että asiaa pitää salata joiltakin ihmisiltä? Keneltä?

Koetko nyt, että voit puhua asiasta avoimesti ihmisille?

Avun hakeminen

Johtiko tiedonhankinta avun hakemiseen?

Kehottiko joku läheinen hakemaan apua?

Päädyitkö jonkin mielenterveyspalvelun esim. terapian pariin?

Tuliko jossain vaiheessa se tunne, että asia on nyt hoidossa?

Palautuiko opiskelumotivaatio ennalleen? Paraniko olo?

Välttelyn kierre (Haastatteliija näyttää välttelyn kierrettä kuvaavan mallin ja selittää sen auki.)

Minkälaisia ajatuksia malli herättää?

Mihin kohti mallia sijoittaisit itsesi?

Kuinka monesti omassa tilanteessasi uudelleen arvioit ja siirsit ahdinkojen välistä kynnystä?

Oliko jokin ratkaiseva hetki, jolloin siirryit kynnyksen yli?

Mikä siihen johti?

Mitä tiedonlähteitä sijoittaisit eri kohtiin mallia? (vihreä kynä)

Mitä esteitä sijoittaisit ahdinkojen kynnykselle? (punainen kynä)

